******

**MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO TESIS**

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**Opinión del comité tutoral sobre los avances de la investigación y las tareas a realizar**

**COMITÉ TUTORAL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Director­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Codirector**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Asesor**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del Asesor**

**Culiacán Rosales, Sinaloa. a\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2020.**