Calkini Camp. a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

**DR. MIGUEL ANGEL COHUO AVILA**

**DIRECTOR ACADEMICO**

**PRESENTE.**

Por este medio le informo a usted que he concluido con la revisión de la MEMORIA DE RESIDENCIA PROFESIONAL PARA TITULACIÓN INTEGRAL que detallo a continuación, dando el visto bueno para que continúe con los trámites de TITULACIÓN:

Matrícula:

Nombre del Egresado(a):

Programa Educativo:

Nombre del proyecto:

Asesor Interno:

Asesor externo:

Empresa:

Área de asignación:

Ciudad:

.

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Asesor Interno