**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE TITULACIÓN Y EFICIENCIA TERMINAL   
DE PREGRADO**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**MASS. IRMA ORTEGA SÁNCHEZ**

**COORDINADORA DE TITULACIÓN Y EFICIENCIA TERMINAL**

**PRESENTE**

Por medio del presente, quien suscribe Dr.(a) . Especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ laboro en la facultad de medicina, comunico a usted no tener inconveniente para realizar dirección metodológica y dirigir la investigación clínica propuesta por el (la) pasante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para desarrollar la tesis profesional y al mismo tiempo me comprometo a seguir los lineamientos establecidos por la Coordinación.

Sin más por el momento y agradeciendo la atención prestada al presente; quedo de usted en espera de una respuesta favorable.

H. Puebla De Z., a de de 2019

ATENTAMENTE

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

Nombre y Firma.

NIP BUAP