UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PARTES O CONTENIDO DEL PROYECTO DE TESIS DOCTORAL
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

FECHA _____/_____/_____

1. Apellidos y nombres del Autor. Doctorado que cursa. Departamento.
2. Apellidos y nombres del Tutor y Cotutor. Título de Quinto Nivel o equivalente. Lugar de trabajo (Unidad o Servicio o Departamento e Institución).
3. Línea de Investigación del trabajo asociada al Doctorado.
4. Título del Trabajo.
5. Resumen del Proyecto
6. Introducción: Planteamiento del problema o marco teórico. Antecedentes. Delimitaciones. Justificación o importancia.
7. Objetivo u objetivos. Hipótesis, si lo requiere.
8. Metodología y plan de trabajo: Población, Muestra. Características. Criterios de inclusión o exclusión. Procedimientos. Análisis estadístico.
9. Recursos.
10. Cronograma de actividades.
11. Referencias bibliográficas, según normas de la Coordinación.
12. Anexos (si los hay).

Nota: NO SE RECIBIRAN PROYECTOS SI LA INFORMACION ES INCOMPLETA.

Datos del Estudiante:

Nombre y Apellido: _____

Postgrado: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

AVAL DEL TUTOR

Yo: _____, Tutor (a) del Proyecto de Tesis Doctoral titulado: _____

_____

_____

_____

_____

Presentado por: _____

Cursante del Doctorado en: _____

Hago constar que he revisado detalladamente dicho Trabajo en todos los aspectos de Fondo y Forma que se especifican en el respectivo formato de presentación y recomiendo la realización del mismo, debido a su importancia y factibilidad y me comprometo como Tutor (a) a la orientación y vigilancia durante su desarrollo e informar a la Coordinación de Postgrado del Decanato de Ciencias de la Salud cualquier anormalidad durante su realización.

Barquisimeto, _____ de _____ de _____

_____
Firma

_____
C.I.

Nombre del Tutor: _____

Título Académico: _____

Institución donde trabaja: _____

Escalafón: _____

Dirección y Teléfono: _____

_____

Email: _____

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

AVAL DEL COTUTOR

Yo: _____, Cotutor (a) del Proyecto de Tesis Doctoral titulado: _____

_____

_____

_____

_____

Presentado por: _____

Cursante del Doctorado en: _____

Hago constar que he revisado detalladamente dicho Trabajo en todos los aspectos de Fondo y Forma que se especifican en el respectivo formato de presentación y recomiendo la realización del mismo, debido a su importancia y factibilidad y me comprometo como Cotutor (a) a la orientación y vigilancia durante su desarrollo e informar a la Coordinación de Postgrado del Decanato de Ciencias de la Salud cualquier anormalidad durante su realización.

Barquisimeto, _____ de _____ de _____

_____
Firma

_____
C.I.

Nombre del Cotutor: _____

Título Académico: _____

Institución donde trabaja: _____

Escalafón: _____

Dirección y Teléfono: _____

_____

Email: _____

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

EVALUACION DEL PROYECTO

Proyecto de Tesis Doctoral titulado:_____

_____

_____

_____

Presentado por: _____

Adscrita a la Línea de Investigación: _____

1. REVISÍÓN DEL DEPARTAMENTO:

Subcomisión de Bioética del Departamento:	Fecha: ____/____/____
VEREDICTO: APROBADO • DESAPROBADO • _____ Nombre del Coordinador de la Subcomisión de Bioética del Departamento de Medicina Preventiva y Social	_____ Firma

COMITÉ ACADÉMICO DOCTORAL:	Fecha: ____/____/____
VEREDICTO: APROBADO • DESAPROBADO • _____ Nombre del Coordinador del Comité Académico Doctoral	_____ Firma

2. COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:

Recibido por: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Comisión de Postgrado que aprueba designación: ____/____/____

Jurados Principales:	**Jurados Suplentes:**
Dr.(a) (Presidente del Jurado)	Dr.(a)
Dr.(a)	Dr.(a)
Dr.(a)	Dr. (a)

OBSEVACIONES:

_____

_____

_____

_____

3. REVISIÓN DEL JURADO EVALUADOR: VEREDICTO SEGÚN SITUACIÓN "A" O "B"

SITUACIÓN "A"	**SITUACIÓN "B"**
SUSTENTABLE • Fecha de Veredicto: ____/____/____. Fecha de Defensa: ____/____/____. **VEREDICTO DEL JURADO EN LA DEFENSA DEL PROYECTO:** APROBADO • Fecha: ____/____/____. NO APROBADO • Fecha: ____/____/____. APROBADO CON MODIFICACIONES • Fecha: ____/____/____.	NO SUSTENTABLE • Fecha de Veredicto: ____/____/____. Fecha de Notificación: ____/____/____. Fecha para entregar correcciones: ____/____/____. **OBSERVACIONES DEL VEREDICTO:** _____ Nombre y firma del Presidente del Jurado
OBSERVACIONES DEL VEREDICTO: _____ Nombre y firma del Presidente del Jurado	**SEGUNDO VEREDICTO:** **NO SUSTENTABLE •** **NO APROBADO •** Fecha de Veredicto: ____/____/____. Fecha de Notificación: ____/____/____. **DEBERÁ HACER NUEVO PROYECTO** **NO SUSTENTABLE • (LLENAR SITUACIÓN A)**

4. AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:

Aprobado definitivamente el día: ____/____/____

_____ _____

Coordinador de Estudios de Postgrado Firma