



## PARTES O CONTENIDO DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO DE MAESTRÍA

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Apellidos y nombres del Autor. Postgrado que cursa. Departamento.
2. Apellidos y nombres del Tutor y Cotutor. Título de Cuarto Nivel o equivalente. Lugar de trabajo (Unidad o Servicio o Departamento e Institución).
3. Línea de Investigación del trabajo. (Del Departamento: Si \_\_\_ No \_\_\_)
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 RECIBIRÁN PROYECTOS SI LA INFORMACIÓN ES INCOMPLETA.

### Datos del Estudiante:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Postgrado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### FORMATO ACTUALIZADO POR LA COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO AL 26/10/2022



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 Trabajo de  
Grado titulado: \_\_\_\_\_

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

Presentado por: \_\_\_\_\_

Cursante de la Maestría 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 anomalía durante su realización.

Barquisimeto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

C.I.

Nombre del Profesor Guía: \_\_\_\_\_

Título Académico: \_\_\_\_\_

Institución donde trabaja: \_\_\_\_\_

Escalafón: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMATO ACTUALIZADO POR LA COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO AL 26/10/2022**



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



AVAL DEL CO-TUTOR

Yo: \_\_\_\_\_, Co-Tutor (a) del Trabajo de

Grado titulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presentado por: \_\_\_\_\_

Cursante de la Maestría 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 Co-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 anomalía durante su realización.

Barquisimeto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
C.I.

Nombre del Profesor Guía: \_\_\_\_\_

Título Académico: \_\_\_\_\_

Institución donde trabaja: \_\_\_\_\_

Escalafón: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**FORMATO ACTUALIZADO POR LA COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO AL 26/10/2022**



### EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Proyecto de Trabajo de Grado titulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presentado por: \_\_\_\_\_

Adscrita a la Línea de Investigación: \_\_\_\_\_

1. **Dictamen de la Comisión de Investigación del Departamento** (en cuanto a originalidad, aplicación del método científico, factibilidad de ejecución).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VEREDICTO: APROBADO \_\_\_ DESAPROBADO \_\_\_

_____		_____
Nombre y Apellido		Firma

2. **Dictamen de la Comisión de Bioética del Departamento** (en cuanto factibilidad de ejecución y cumplimiento de normas de la Bioética, declaración de conflicto de interés y consentimiento informado).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VEREDICTO: APROBADO \_\_\_ DESAPROBADO \_\_\_

_____		_____
Nombre y Apellido		Firma

### FORMATO ACTUALIZADO POR LA COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO AL 26/10/2022



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



3. Dictamen sustentado del Consejo Departamental

---

---

---

---

VEREDICTO: APROBADO \_\_\_ DESAPROBADO\_\_\_

_____		_____
Nombre y Apellido del Jefe del Departamento		Firma
_____		_____
Nombre y Apellido del Coordinador del Postgrado		Firma

4. SubComisión Revisora de la Coordinación de Estudios de Postgrado

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dictamen de la primera revisión:

---

---

---

---

_____		_____
Nombre y Apellido		Firma

Aprobado definitivamente el día: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

_____		_____
Nombre y Apellido		Firma

**FORMATO ACTUALIZADO POR LA COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO AL 26/10/2022**



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



5. **Coordinación de Estudios de Postgrado**

Recibido el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

_____		_____
Nombre y Apellido		Firma

**NOTA: No se recibirán proyectos si la información está incompleta.**

**FORMATO ACTUALIZADO POR LA COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO AL 26/10/2022**

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO".COORDINACION ESTUDIOS DE POSTGRADO.DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD. **DIRECCION:** AV . ANDRES BELLO ENTRE AVENIDAS LIBERTADOR Y LAS PALMAS. AL LADO DEL HOSPITAL CENTRAL "ANTONIO MARIA PINEDA". **TELEFONOS:** 0251-259.18.66/259.18.87/259.18.88/259.18.75 (FAX). EMAIL:[post\\_dm@ucla.edu.ve](mailto:post_dm@ucla.edu.ve) WEBSITE <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/postgrado/>