



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 DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**

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: \_\_\_\_\_



**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 anomalía 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 anomalía 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. REVISIÓN DEL DEPARTAMENTO:**

<b>Subcomisión de Bioética del Departamento:</b>	Fecha: ____/____/____
VEREDICTO: APROBADO • DESAPROBADO •  _____ Nombre del Coordinador de la Subcomisión de Bioética del Departamento de Ciencias Funcionales	_____ Firma

<b>COMITÉ ACADÉMICO DOCTORAL:</b>	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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Jurados Principales:</b>	<b>Jurados Suplentes:</b>
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"
<p>SUSTENTABLE •            Fecha de Veredicto: ____/____/____.            Fecha de Defensa: ____/____/____.</p> <p><b><u>VEREDICTO DEL JURADO EN LA DEFENSA DEL PROYECTO:</u></b></p> <p>APROBADO •                      Fecha: ____/____/____.</p> <p>NO APROBADO •                      Fecha: ____/____/____.</p> <p>APROBADO CON MODIFICACIONES •                      Fecha: ____/____/____.</p>	<p>NO SUSTENTABLE •            Fecha de Veredicto: ____/____/____.            Fecha de Notificación: ____/____/____.            Fecha para entregar correcciones: ____/____/____.</p> <p><b>OBSERVACIONES DEL VEREDICTO:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>_____            Nombre y firma del Presidente del Jurado</p>
<p><b>OBSERVACIONES DEL VEREDICTO:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>_____            Nombre y firma del Presidente del Jurado</p>	<p><b>SEGUNDO VEREDICTO:</b></p> <p>NO SUSTENTABLE •            NO APROBADO •</p> <p>Fecha de Veredicto: ____/____/____.            Fecha de Notificación: ____/____/____.</p> <p><b>DEBERÁ HACER NUEVO PROYECTO</b></p> <p>NO SUSTENTABLE •                      (LLENAR SITUACIÓN A)</p>

**4. AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:**

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

\_\_\_\_\_  
 Coordinador de Estudios de Postgrado

\_\_\_\_\_  
 Firma