



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 TRABAJO DE GRADO DE ESPECIALIDAD

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: _____



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 Postgrado 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: ____/____/____



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 Postgrado 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: ____/____/____

