



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 WEBSITE <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/postgrado/>