|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nivel | [ X ] 10 Licenciatura en Administración de Servicios de Salud |  |
| Modalidad | [ X ] Proyecto de Graduación |  |
| Datos personales | |  |
| Nombre completo |  |  |
| Cédula o carné |  |  |
| Centro universitario |  |  |
| Correo electrónico 1 |  |  |
| Correo electrónico 2 |  |  |
| Teléfono 1 |  |  |
| Teléfono 2 |  |  |
|  | |  |
| * **Información general del proyecto a desarrollar** | |  |
| Tema propuesto |  |  |
| Breve descripción de la problemática identificada |  |  |