|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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   |  |  |