



## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL O CASO CLÍNICO

### Requisitos:

1. **BOLETA DE PAGO** de S/ 1384 soles (correspondiente al 40%) o S/ 2074 soles (correspondiente al 60%) o S/ 3454 soles (correspondiente al 100%). Puede pagar en Caja UPLA (Giráldez y/o Facultad de Ciencias de la Salud)

#### **Si paga en Caja Huancayo y/o BBVA:**

Debe generar su boleta por INTRANET hoy día y pagar mañana en los bancos mencionados

#### **CAJA HUANCAYO:**

- PAGO DE INSTITUCIONES
- Empresa: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
- Sucursal: PREGRADO PRESENCIAL
- Concepto de pago: CUOTA – MATRÍCULA
- Código de cliente: COLOCAR EL CÓDIGO DE ESTUDIANTE
- Siguiente para efectuar el pago

#### **BBVA**

- PAGO DE SERVICIOS
- Agregar servicio a pagar
- Digitalar UPLA
- Seleccionar: UPLA PENSIONES MATRÍCULA
- Ingresar: CÓDIGO DE ESTUDIANTE
- Continuar para realizar el pago

#### **Si paga en BCP**

Depositar a la Cuenta Corriente de la Universidad Peruana los Andes: 355-155-722-40-92. Para canjear su depósito de pago, debe enviar la foto del Boucher al WhatsApp de la Cajera Elizabeth 964-256-138

**Enviar en PDF. NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**



2. **SOLICITUD SIMPLE**, dirigido a la Señora Decana, solicitando la Inscripción del Plan de Tesis y Nominación de Asesor por la Modalidad de Trabajo de Suficiencia Profesional, en su solicitud debe consignar (Código de estudiante, N° de DNI, correo personal y NO correo institucional, N° de celular y debe enviar firmado).

**Enviar en PDF NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**

3. Grado Académico de **BACHILLER** o Constancia de Inscripción ante SUNEDU, presentar el Diploma de Bachiller: ambas caras, nítido, a colores, original

**Enviar en PDF NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**

4. **DNI** vigente, nítido, con ampliación, a colores, ambas caras

**Enviar en PDF NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**

5. **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL** (enviar de acuerdo a la Estructura de la Resolución 425)

**Enviar en formato Word**

6. **DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**, donde se indica que todos los documentos se entregarán en forma física cuando lo solicite la Universidad

**Enviar en PDF NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**

7. **CERTIFICADO DE TRABAJO**, suscrito por los titulares o representantes legales de la entidad o institución donde haya laborado, para acreditar que ha prestado servicios en labores propias de la especialidad durante dos (2) años acumulativos como mínimo sea organizaciones públicas o privadas formalmente establecidas, después de la fecha de expedición de su grado de bachiller correspondiente

**Enviar en PDF NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**

**BOLETAS DE PAGO o RECIBOS POR HONORARIOS** respectivos, durante dos (2) años acumulativos como mínimo, sea en organizaciones públicas o privadas formalmente establecidas, después de la fecha de expedición de su grado de bachiller correspondiente



**Enviar en PDF NO enviar en fotografía, NO enviar en imagen**

**NOTA**

- Todos los requisitos deben ser derivados (enviados) al correo de Decanato ([decanato\\_fcs@ms.upla.edu.pe](mailto:decanato_fcs@ms.upla.edu.pe)).
- ENVIAR LOS DOCUMENTOS DE SU CORREO PERSONAL Y NO EL CORREO INSTITUCIONAL.
- EN EL ASUNTO DEL CORREO, DIGITAR:  
**PROCESO DE TITULACION \_ APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTEGRANTE**

**VERIFICAR:**

Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud  
<https://www.upla.edu.pe/titulacion-facultad-de-ciencias-de-salud/>



## **RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO N° 425-2024-CU-UPLA**

### **ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

(Página 13 y Página 14)

#### **CARÁTULA**

- Universidad Peruana Los Andes
- Nombre de la Facultad
- Nombre del programa de estudios
- Logotipo de la Universidad
- **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**
- Título del trabajo de suficiencia (usar las mayúsculas solo al inicio de la frase y/o cuando se trata de nombres propios)
- Para optar el título de....
- Apellidos y nombres de autor(es), debiendo corresponder conforme al DNI vigente
- Apellidos y nombres del asesor, debiendo corresponder conforme al DNI vigente seguido del código ORCID
- Línea de investigación institucional (Resolución N° 1069-2019-CU-VRINV)
- Fecha de inicio y culminación de la Investigación
- Ciudad, país y año

#### **PRESENTACIÓN**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**CONSTANCIA DE SIMILITUD**

**CONTENIDO GENERAL**

**CONTENIDO DE TABLAS**

**CONTENIDO DE FIGURAS**

**RESUMEN Y PALABRAS CLAVE**

**ABSTRACT & KEYWORDS**

**INTRODUCCIÓN**



## CAPÍTULO I : PROBLEMA

- 1.1 Descripción planteamiento del caso práctico
- 1.2 Justificación del caso
- 1.3 Objetivos del caso
- 1.4 Delimitación (en caso se requiera)

## CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes de estudio
- 2.2. Bases teóricas del caso
- 2.3. Bases conceptuales del caso

## CAPÍTULO III : DESARROLLO TEMÁTICO

- 3.1. Contextualización y desarrollo del estudio/trabajo/caso práctico /caso clínico

## CAPÍTULO IV : ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

- 4.1. Metodología

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Vancouver, APA, IEEE, ISO 690 según corresponda)

ANEXOS

- Consentimiento y/o asentimiento informado (según corresponda)
- Autorización de la empresa/institución/organización (según corresponda)
- Declaración jurada de confidencialidad (según corresponda)
- Anexos auxiliares (evidencia fotográfica, bases de datos, análisis estadísticos, en los casos que se requiera)



**TENER EN CUENTA QUE PUEDE SER DE ORGANIZACIONES PÚBLICAS o PRIVADAS**

**FORMALMENTE ESTABLECIDAS:**

1. Hospital
2. Clínica
3. Centro de Salud
4. Puesto de Salud
5. Consultorios

**DARÁ solo 1 EXAMEN:**

**Sustentación del Caso Clínico**

Sustentará con sus diapositivas su Trabajo de Suficiencia Profesional – Caso Clínico. El examen dura aproximadamente 1 hora

**OJO:**

1. Si desaprueba la Sustentación del Caso Clínico, para la segunda oportunidad deberá realizar un pago adicional de S/ 404.00 soles (monto referencial, el monto exacto lo maneja CAJA UPLA)
2. Si desaprueba en la segunda oportunidad, tiene que presentar otro CASO CLÍNICO, debiendo pagar nuevamente para la Modalidad de Trabajo de Suficiencia Profesional



**SOLICITO:** INSCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE  
SUFICIENCIA PROFESIONAL Y  
DESIGNACIÓN DE ASESOR, POR  
LA MODALIDAD DE TRABAJO DE  
SUFICIENCIA PROFESIONAL

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD  
PERUANA LOS ANDES

Yo, **MARY JUANA LUCAS MATEO**, identificado(a) con DNI N° **12345678**, bachiller del  
Programa de Estudios de **ODONTOLOGÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de  
la Universidad Peruana Los Andes, ante Ud. me presento y expongo:

Que, siendo requisito indispensable la obtención de mi título profesional como  
**CIRUJANO DENTISTA**, solicito a su Despacho la Inscripción del Trabajo de  
Suficiencia Profesional y Designación de Asesor, por la Modalidad de Trabajo de  
Suficiencia Profesional, proponiendo como mi asesor de Trabajo de Suficiencia  
Profesional a **(APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE)**, para lo cual adjunto todos  
los documentos requeridos.

Agradezco de antemano la atención que brinde al presente, y aceptación a la  
brevedad posible.

**OJO:**

Usted puede realizar la propuesta del docente asesor; sin embargo, la Señora Decana es quien designa al  
asesor.

Huancayo, 04 de abril del 2025

---

Mary Juana Lucas Mateo  
**DNI N°:** 12345678  
**CELULAR N°:** 998877665  
**CORREO:** mary1212@gmail.com  
**CÓDIGO N°:** H01234H



**U P L A**  
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

## DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo, **MARY JUANA LUCAS MATEO**, identificado(a) con DNI N° **12345678**, bachiller del Programa de Estudios de **ODONTOLOGÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Los Andes.

### **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD**

Que los datos que se indican en los documentos que se presentan, así como los propios documentos presentados son ciertos y veraces.

Entregare todos los documentos en forma física cuando la Universidad lo solicite.

Para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración.

Huancayo, 04 de abril del 2025

---

Mary Juana Lucas Mateo  
DNI N°: 12345678  
CELULAR N°: 998877665  
CORREO: [mary1212@gmail.com](mailto:mary1212@gmail.com)  
CÓDIGO N°: H01234H