



1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos: Leonilda Esther Culque Castrejón

DNI/Otros N°: 26 729736

Correo electrónico: tesha_12@hotmail.com

Teléfono: 913 013217

2. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad

Maestro Doctor

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

Título: "NIVEL DE CONCEPTO EN REANIMACION CARDIORUMONAR
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SIMON BOLIVAR CAJAMARCA 2023"

Asesor: Dra. GEORGA NELEDA ILICUMA HOYOS

Jurados:

Presidente (a): Dra. ILLIAM SILVANA BIRIGAS CABANILLAS

Secretario (a): MCS. PETIONILA ANGELA BIRIGOS DURAN

Vocal: Dra. GLADIS SAGUSTEGUI ZAVALA

Fecha de publicación: 16 / 12 / 24

Escuela Profesional/Unidad:

ESCUELA ACADÉMICO DE ENFERMERIA

4. Licencias

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido por conocerse, a través de los diversos servicios provistos por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, Colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar



su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de Investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, o coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicho trabajo de Investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará el nombre del(los) autor(es) del trabajo de investigación, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.

Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha
____/____/____

No autorizo

Firma

08/04/2025
Fecha