

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos: LEYDY YOMARI VÁSQUEZ DÍAZ

DNI/Otros N°: 77482424

Correo electrónico: lvasquezd20-1@unc.edu.pe

Teléfono: 970944790

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 CONOCIMIENTO EN INMUNIZACIONES Y
CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. ZONA SANITARIA
BAÑOS DEL INCA – CAJAMARCA 2025

Asesor: M.Cs. MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL

Jurados: Dra. VERÓNICA MARÍA CHÁVEZ ROSERO

M.Cs. AIDA CRISTINA CERNA ALDAVE

Mg. ROSARIO DEL PILAR BENITES BUSTAMANTE

Fecha de publicación: 19 / 12 / 2025

Escuela profesional/Unidad

ENFERMERÍA

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

05 / 01 / 2026
Fecha