



Universidad
Nacional de
Cajamarca
"Voz de la Universidad Andina"

Repositorio Digital

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

1. Datos del autor:

Nombres y

Apellidos CARLOS MIGUEL BUSTAMANTE CARRANZA

DNI/Otros

N°: 74658191

Correo

electrónico cbustamanteC19_2@unc.edu.pe

Teléfono 921495090

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: "CALIDAD DE SUEÑO Y DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO EN ESTUDANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA 2026"

Asesor:

HUGO CESAR BUSTAMANTE CHÓVETZ

Jurados: - Dr. MIGUEL ALONSO ALDEA POLO

- Dr. Milton Palma Vásquez

- Dr. Juan Jesús Sapo Aquino

Fecha de publicación: 06 / 03 / 2026 Escuela

Profesional/ Unidad:

MEDICINA HUMANA

4. Licencia

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 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, sólo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad,

Autorizo el depósito (marque con una X)

X Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.

_____ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha

_____ / _____ / _____

_____ No autorizo


Firma

10 / 03 / 2026
Fecha