

**Universidad Politécnica de Quintana Roo**  
Dirección de Vinculación, Difusión y Extensión Universitaria

**CÉDULA DE REGISTRO DE ESTADÍA**  
**CÉDULA DE REGISTRO DE ESTADÍA**

Estadía

Estadía


**Datos del Alumno/a:**

Cuevas	Moreno	Doroty Oliva	9983402971
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Teléfono
201800259	Lic. Terapia Física	totiss1999@gmail.com	201800259@estudiantes.upqroo.edu.mx
Matricula	Carrera	E-mail(PERSONAL)	E-mail(UPQROO)
71169960953	Carretera Federal Cancún-Mérida, Km 300, Fraccionamiento las Palmas, calle Palma Real, s/n.		
No.SS	Dirección		

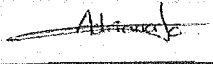
**Datos de la Empresa:**

Nombre:	Centro de Rehabilitación Física Cancún	servicios de salud	Pequeña
	Nombre Comercial o Público	Giro	Tipo
Dirección:	AV.LA LUNA SM.506 MZ.5 LT.4 DEP.A CANCÚN		
	Dirección		
Responsable de RH:	Uch	Batm	María Geny
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Teléfono:	9988849285	rehabilitacion_terapias@hotmail.com	
	Lada	Número	Ext
			E-mail


**Datos del Asesor Empresarial:**

Cueller	Valverde	Montserrat	Lic.
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Cargo
	9988849285	rehabilitacion_terapias@hotmail.com	
Lada	Número	E-mail	
			
			Firma

**Datos del Asesor Académico:**

Lopez	Cortes	Adriana	Lic.
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Cargo
	2411248327	adriana.lopez@upqroo.edu.mx	
Lada	Número	E-mail	
			
			Firma

**Datos del Proyecto:**

Nombre:	No aplica
	Nombre Proyecto
	
	Firma