

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

**CÉDULA DE REGISTRO DE ESTADÍA**

Estadía

**Datos del Alumno/a:**

Mas	de Leon	Lizbeth Alejandra	9981265907
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Teléfono
201800299	Lic. Terapia Fisica	LizMas2870@gmail.com	201800299@estudiantes.upqroo.edu.mx
Matricula	Carrera	E-mail(PERSONAL)	E-mail(UPQROO)
06139961640	Av. Rancho Viejo, Mza 03 Lt 13 colonia San Martin Caballero		
No.SS	Dirección		

**Datos de la Empresa:**

Nombre:	Ossis Ortho Sport Clinic		Servicios	Mediana
	Nombre Comercial o Público		Giro	Tipo
Dirección:	Av. Huayacan Sm 311 L 01 Calle Ciricote			
	Dirección			
Responsable de RH:	Cortes	Tziu	Karla Daniela	
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Telefono:		9983107772	ossisclinic@gmail.com	
	Lada	Número	Ext	E-mail

**Datos del Asesor Empresarial:**

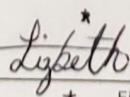
Cortes	Tziu	Karla Daniela	Lic.
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Cargo
	9981904742	karlac1909@gmail.com	
Lada	Número	E-mail	Firma

**Datos del Asesor Académico:**

López	Cortés	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