



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO  
APOYO COMPLEMENTARIO A LA MOVILIDAD ESTUDIANTIL ESTANCIAS

Puebla, Pue. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

DATOS DEL ALUMNO

Nombre: \_\_\_\_\_  
Matricula: \_\_\_\_\_  
Plan de Estudios: \_\_\_\_\_  
Semestre (cursando): \_\_\_\_\_ % Créditos: \_\_\_\_\_  
Unidad Académica: \_\_\_\_\_  
Posgrado: \_\_\_\_\_  
Campus: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Género: Mujer ( ) Hombre ( ) Prefiero no decirlo ( )  
CURP: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
No. Pasaporte: \_\_\_\_\_  
Vigencia: \_\_\_\_\_

*\*Adjuntar copia de pasaporte (Vigencia no menor a 6 meses de inicio de la estancia )*

ESTANCIA

Universidad: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_  
Profesor receptor: \_\_\_\_\_  
Periodo de la estancia: \_\_\_\_\_  
Fecha de salida: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_  
Titulo de la Tesis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Porcentaje de avance de la tesis: \_\_\_\_\_ %

Nota:

*No omito comentar que el tiempo máximo de respuesta a su solicitud será de 15 días hábiles a partir de la fecha de recibido por esta Vicerrectoría. Así mismo en caso de cancelar su participación en el evento, el costo total del boleto adquirido por esta Vicerrectoría, si es el caso, deberá ser reintegrado por el beneficiario.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
ASESOR (A)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
COORDINADOR (A)