

**UC****UNIVERSIDAD
CUAUHTÉMOC**
CAMPUS GUADALAJARA

N. de Oficio

5

CARTA DE ACEPTACIÓN PRÁCTICAS PROFESIONALES

Nombre: Dela Torre Hernández Ana Paula
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Sexo: Masculino: ☐ Femenino: ☒

Dirección: Maestra rural #51 Chaparral 45010
Calle y número Colonia C.P.

Zapopan, Jalisco 3320111726 anadlth25@hotmail.com
Ciudad y Estado Teléfono e-mail

Carrera: Nutrición

Cuatrimestre: Egredada **Matrícula:** 201400

Datos de la Empresa:

Nombre: Move Wellness

Giro: Privado **Teléfono:** 33 38 74 84 03

Dirección: Av. Clouthier #710, Jardines de Guadalupe

Actividades a Desarrollar:

1ª Consulta Presencial con enfoque deportivo y Clínico.

2ª Diagnostico nutricional y manejo de estrategias nutricionales.

3ª Tamizaje completo En Pacientes

4ª Identificación de patologías antropométricas basadas en Protocolo ISAK

5ª Realización de Planes alimenticios basados a objetivos Personales.

Horario: 7-11am y 5-9pm 7am-3pm **Días** L ☒ M ☒ M ☒ J ☒ V ☒ S ☒ D ☐

El prestador de Prácticas Profesionales**Responsable del Programa**Ana Paula Dela Torre Hernández

Nombre y firma

Ricardo Javier Arco Campos

Nombre, firma y sello

