**FORMATO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESIDENCIA PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Residente:** |  |
| **No. Control:** |  |
| **Carrera**  |  |
| **Nombre del Proyecto:** |  |
| **Periodo de Residencia Profesional**: |  |

|  |
| --- |
| **En qué medida el residente cumple con lo siguiente** |
| **Criterios a evaluar** | **Valor** | **Evaluación** |
| **\*Evaluación por el Asesor Externo** | Asiste puntualmente en el horario establecido  | 5 |  |
| Trabaja en equipo y se comunica de forma efectiva (oral y escrita)  | 10 |  |
| Tiene iniciativa para colaborar  | 5 |  |
| Propone mejoras al proyecto  | 10 |  |
| Cumple con los objetivos correspondientes al proyecto  | 15 |  |
| Es ordenado y cumple satisfactoriamente con las actividades encomendadas en los tiempos establecidos del cronograma  | 15 |  |
| Demuestra liderazgo en su actuar  | 10 |  |
| Demuestra conocimiento en el área de su especialidad  | 20 |  |
| Demuestra un comportamiento ético (es disciplinado, acata órdenes, respeta a sus compañeros de trabajo, entre otros)  | 10 |  |
| **Calificación Total**  | 100 |  |
| **Observaciones:**  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Nombre y firma del asesor externo | Sello de la empresa o dependencia | Fecha de evaluación |

|  |
| --- |
| **En qué medida el residente cumple con lo siguiente** |
| **Criterios a evaluar** | **Valor** | **Evaluación** |
| **\*\*Evaluación por el Asesor Interno** | Asistió puntualmente a las reuniones de asesoría  | 10 |  |
| Demuestra conocimiento en el área de su especialidad  | 20 |  |
| Trabaja en equipo y se comunica de forma efectiva (oral y escrita)  | 15 |  |
| Es dedicado y proactivo en las actividades encomendadas  | 20 |  |
| Es ordenado y cumple satisfactoriamente con las actividades encomendadas en los tiempos establecidos en el cronograma  | 20 |  |
| Propone mejoras al proyecto  | 15 |  |
| **Calificación Total**  | 100 |  |
| **Calificación Final**  |  |
| **Observaciones: calificación parcial (promedio de ambas evaluaciones)** |
|  |
| Nombre y firma del asesor interno | Sello de la Institución | Fecha de evaluación |

***Original. Servicios Escolares***

***c. c. p. Subdirección Académica Jefatura de División.- Para su conocimiento***

***c. c. p. Interesado***