**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***