**EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESIDENCIA PROFESIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Residente:** | Escribe el nombre completo del estudiante | **Número de Control:** |
| Escribir el número de control |
| **Nombre del Proyecto:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Programa Educativo:**  | Elija la carrera |
| **Periodo de realización de la Residencia Profesional:** | Seleccione Seleccione |
| **Calificación Final:** |  |

|  |
| --- |
| **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:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | DD/MM/AAAA |
| **ESCRIBE EL NOMBRE COMPLETO****Asesor(A) Externo(A)** | Sello de la empresa, organismo 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 áreas 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** |  |
| **Observaciones:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | DD/MM/AAAA |
| **ESCRIBE EL NOMBRE COMPLETO****Del Asesor(A) Interno(A)** | Sello de la empresa, organismo o dependencia | **Fecha de Evaluación** |