**Anexo III**

**Formato de Evaluación**

Nombre del Residente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa o Dependencia:

Periodo de realización de Residencia Profesional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En qué medida el Residente cumplió con lo siguiente:** | AValor | BEvaluación |  |
| **Criterios a Evaluar:** |  |  |  |
| **Evaluación por el asesor externo** | 1. Asiste puntualmente con el horario establecido
 | **5** |  |  |
| 1. Trabaja en equipo
 | **10** |  |  |
| 1. Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas
 | **10** |  |  |
| 1. Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha
 | **5** |  |  |
| 1. Realiza mejoras al proyecto
 | **10** |  |  |
| 1. Cumple con los objetivos correspondiente al proyecto
 | **10** |  |  |
| **Para llenado de Evaluación por el Asesor Interno** | 1. Mostró responsabilidad y compromiso en la residencia profesional
 | **5** |  |  |
| 1. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño
 | **10** |  |  |
| 1. Aplica las competencias para la realización del proyecto
 | **10** |  |  |
| 1. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados
 | **10** |  |  |
| 1. Cumple con los objetivos correspondientes al proyecto
 | **10** |  |  |
| 1. Entrega en tiempo y forma el informe técnico
 | **5** |  |  |
| **CALIFICACIÓN FINAL** |  |  |  |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** |  |

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

Sello de la Dependencia/Empresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello del Instituto Tecnológico

Nombre y firma del Asesor Nombre y firma del Asesor Interno Asesor Externo

Original. Coordinador c.c.p. Asesor Interno c.c.p. Expediente Oficina de Residencia Profesional c.c.p. Alumno