



FORMATO DE EVALUACIÓN DE REPORTE PARCIAL DE RESIDENCIA PROFESIONAL

Nombre del Residente: Adelaida Molina Reyes Número de control: 15161377
 Nombre del proyecto: Sistema de punto de venta y e-commerce para las sucursales de Farmacias GI S.A de C.V., en Zimatlán de Álvarez, Oaxaca
 Programa Educativo: Ingeniería en Sistemas Computacionales
 Periodo de realización de la Residencia Profesional: 27 de septiembre de 2020 al 27 de marzo de 2021
 Calificación Final (promedio de ambas evaluaciones): _____

Medida en la que el residente cumplió con los aspectos indicados el desarrollo parcial de sus residencias

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, 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 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	

Observaciones: _____

Nombre y firma del asesor interno	Sello de la Institución	Fecha de Evaluación
-----------------------------------	-------------------------	---------------------





EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO

Instituto Tecnológico de Oaxaca
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN
REG-8510-06 Rev.01



Avenida Ing. Víctor Bravo Ahuja No. 125 Esquina Calzada Tecnológico, C.P. 68030
Oaxaca, Oax. Tel. (951) 501 50 16
e-mail: jefatura.vinulacion@itoaxaca.edu.mx
tecnm.mx | oaxaca.tecnm.mx

