



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

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE REPORTE PARCIAL DE RESIDENCIA PROFESIONAL

Nombre del Residente: Heber Za	bdiel Hernández Martínez	Número de control: 15161317			
Nombre del proyecto: Sistema de	e 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 Computacion	nales			
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
Asiste puntualmente en el horario establecido	5	
Trabaja en equipo y se comunica de forma efectiva (oral y escrita)		
Tiene iniciativa para colaborar		
Propone mejoras al proyecto		
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:

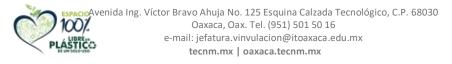
Nombre y firma del asesor externo Sello de la empresa, organismo o dependencia Fecha de Evaluación

	En qué medida el residente cumple con lo siguiente				
Criterios a evaluar			Evaluación		
	Asistió puntualmente a las reuniones de asesoría	10			
rno	Francisco de la compansión de la contrata de la contrata de la compansión de la contrata del contrata de la contrata del contrata de la contrata del contrata de la contrata del contrata de la contrata del contrata del contrata de la contrata del con				
interno					
asesor					
<u>a</u>					
	Propone mejoras al proyecto	15			
r por	Calificación total				
įį					
nac		100			
Evaluación					

Observaciones:

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











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





