



FORMATO DE EVALUACIÓN DE REPORTE PARCIAL DE RESIDENCIA PROFESIONAL

Nombre del Residente: Hernández Martínez Heber Zabdiel

Número de control: 15161317

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: 07 de noviembre de 2020 al 21 de diciembre de 2020.

Calificación Parcial: _____

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: _____

Dra. Leicy Córdova Herrera Nombre y firma del asesor externo	Sello de la empresa, organismo o dependencia	22/12/2020 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: _____

M.E. Gabriela Aguilar Ortiz Nombre y firma del asesor interno	Sello de la Institución	22/12/2020 Fecha de Evaluación
--	-------------------------	-----------------------------------

