



## 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 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     | 5          |
|                                  | Trabaja en equipo y se comunica de forma efectiva (oral y escrita)   | 10    | 10         |
|                                  | Tiene iniciativa para colaborar  | 5     | 5          |
|                                  | Propone mejoras al proyecto  | 10    | 10         |
|                                  | Cumple con los objetivos correspondientes al proyecto  | 15    | 12         |
|                                  | Es ordenado y cumple satisfactoriamente con las actividades encomendadas en los tiempos establecidos del cronograma  | 15    | 10         |
|                                  | Demuestra liderazgo en su actuar   | 10    | 10         |
|                                  | Demuestra conocimiento en el área de su especialidad   | 20    | 20         |
|                                  | Demuestra un comportamiento ético (es disciplinado, acata órdenes, respeta a sus compañeros de trabajo, entre otros) | 10    | 10         |
| Calificación total               |  | 100   | 92         |

Observaciones:

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <br>Nombre y firma del asesor externo | <br>Sello de la empresa, organismo o dependencia | <u>13/11/2020</u><br>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 |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|

