

	Formato de Evaluación y seguimiento de Residencia Profesional		Responsable: Departamento Académico	
			Código: ITT-AC-PO-007-05	Página: 1 de 1
			Revisión: 0	
			Referencia a la Norma ISO-9001:2015 7.5.1, 8.5.1	Emisión: Enero de 2018

FORMATO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESIDENCIA PROFESIONAL

Nombre del Residente: Maria José González Guzmán Número de control: 19711650
Nombre del proyecto: Sistema de Gestión de Educación Dual para el Instituto Tecnológico Superior de M.
Programa Educativo: Ingeniería en sistemas computacionales
Periodo de realización de la Residencia Profesional: Agosto-Diciembre 2023
Calificación Final (promedio de ambas evaluaciones): _____

En qué medida el residente cumple con lo siguiente			
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	10
	Demuestra conocimiento en el área de su especialidad	20	20
	Trabaja en equipo y se comunica de forma efectiva (oral y escrita)	15	15
	Es dedicado y proactivo en las actividades encomendadas	20	20
	Es ordenado y cumple satisfactoriamente con las actividades encomendadas en los tiempos establecidos en el cronograma	20	20
	Propone mejoras al proyecto	15	15
Calificación total		100	100

Observaciones: _____

Nombre y firma del asesor interno	 EDUCACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Sello de la Institución	13-10-23 Fecha de Evaluación
-----------------------------------	--	--

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE TIJUANA

DEPARTAMENTO DE
SISTEMAS Y COMPUTACIÓN