**EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA RESIDENCIA PROFESIONAL (XXIX)**

|  |
| --- |
| 1 |

|  |
| --- |
| 2 |

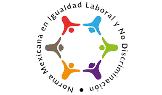
**Reporte:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Residente: | | | Matrícula: |
| Programa Educativo: | Periodo en que realiza la Residencia: **Enero-mayo 2023** | | |
| Nombre del Proyecto: | | **Calificación Parcial (**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 ordenes, respeta a sus compañeros de trabajo, entre otros) | 10 |  |
| **Calificación total** | 100 | (evaluación) |
| **Observaciones:** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASESOR EXTERNO: (Nombre y firma ) | 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 | (evaluación) |
| **Observaciones:** | | | |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASESOR INTERNO:  (Nombre y firma) | SELLO DE LA JEFATURA DE CARRERA | FECHA DE EVALUACIÓN: |