**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN**

**FORMATO DE EVALUACIÓN FINAL DE ESTANCIA I**

**Nombre** **del** **alumno**:

**Número** **de** **matrícula**:

**Nombre** **del** **proyecto**:

**Carrera**:

**Periodo** **de** **realización** **de** **la** **Estancia** **I**:

**Tipo de práctica profesional:** Estancia I

|  |
| --- |
| **En qué medida el alumno cumple con lo siguiente:**  |
| **Criterios de evaluación** | **A****Valor Máx.** | **B****Evaluación** |
| **Evaluación por el asesor externo** | 1. Asiste puntualmente con el horario establecido |  **5** |  |
| 2. Trabaja en equipo | **10** |  |
| 3. Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas | **10** |  |
| 4. Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha. |  **5** |  |
| 5. Realiza mejoras al proyecto | **10** |  |
| 6. Cumple con los objetivos correspondiente al proyecto | **10** |  |
| **Para llenado de Evaluación por el****Asesor Interno** | 1. Mostró responsabilidad y compromiso en la estancia profesional |  **3** |  |
| 2. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño | **7** |  |
| 3. Aplica las competencias para la realización del proyecto | **7** |  |
| 4. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados | **5** |  |
| 5. Cumple con los objetivos correspondiente al proyecto | **5** |  |
| 6. Entrega en tiempo y forma el informe técnico |  **3** |  |
|  7.- Calificación Primer parcial |  |
|  8.- Calificación Segundo parcial |  |
| **Total** **CALIFICACIÓN FINAL** |  |
| **Calificación Final**  |  |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** |
| **OBSERVACIONES:** |

Sello de la Dependencia y/o Empresa

Sello de la Institución

**Nombre y Firma Nombre y Firma**

**Del Asesor Académico Del Asesor Empresarial**

C.c.p.

Dra. Eréndira Valencia Avilés – Secretaria Académica. - Para su conocimiento

L.E. Heidi López Valencia, Jefa de oficina de Control Escolar. - Mismo fin

Archivo

ACC/acc