



ANEXO XXX. FORMATO DE EVALUACIÓN DE REPORTE DE RESIDENCIA PROFESIONAL

"Hoja Oficial Membretada"

Nombre del Residente: _____ Número de control: _____
 Nombre del proyecto _____
 Programa Educativo: _____
 Período de realización de la Residencia Profesional: _____
 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	Portada.	2	
	Agradecimientos.	2	
	Resumen.	2	
	Índice.	2	
	Introducción.	2	
	Problemas a resolver, priorizándolos.	5	
	Objetivos.	5	
	Justificación.		
	Marco teórico (fundamentos teóricos)	10	
	Procedimiento y descripción de las actividades realizadas.	5	
	Resultados, planos, gráficas, prototipos, manuales, programas, análisis estadísticos, modelos matemáticos, simulaciones, normativas, regulaciones y restricciones, entre otros. Solo para proyectos que por su naturaleza lo requieran: estudio de mercado, estudio técnico y estudio económico.	45	
	Conclusiones, recomendaciones y experiencia profesional adquirida.	15	
	Competencias desarrolladas y/o aplicadas.	3	
Fuentes de información	2		
	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 externo	Portada.	2	
	Agradecimientos.	2	
	Resumen.	2	
	Índice.	2	
	Introducción.	2	
	Problemas a resolver, priorizándolos.	5	
	Objetivos.	5	
	Justificación.		
	Marco teórico (fundamentos teóricos)	10	
	Procedimiento y descripción de las actividades realizadas.	5	
	Resultados, planos, gráficas, prototipos, manuales, programas, análisis estadísticos, modelos matemáticos, simulaciones, normativas, regulaciones y restricciones, entre otros. Solo para proyectos que por su naturaleza lo requieran: estudio de mercado, estudio técnico y estudio económico.	45	
	Conclusiones, recomendaciones y experiencia profesional adquirida.	15	
	Competencias desarrolladas y/o aplicadas.	3	
Fuentes de información	2		
	Calificación total	100	

Observaciones: _____

Nombre y firma del asesor interno	Sello de la Institución	Fecha de Evaluación
-----------------------------------	-------------------------	---------------------

* Considerar los criterios a evaluar que correspondan a cada programa educativo y de acuerdo a la naturaleza del proyecto



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. Tecnológico #1340 Fracc. El Crucero C.P. 32500
 Ciudad Juárez, Chih. Tel.656-688-25-00
 e-mail: direccion@cdjuarez.tecnm.mx www.cdjuarez.tecnm.mx

