**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS**

 **PRÁCTICAS PROFESIONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL ALUMNO** |   |
| **SEMESTRE, GRUPO, CARRERA Y TURNO** (SÍ ES EGRESADO, INDICAR). |   |
| **PERIODO INSCRITO**  |  |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE REALIZÓ PRÁCTICAS PROFESIONALES** |   |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD A EVALUAR****Y VALOR** | **CALIFICACIÓN** | **OBSERVACIONES,** **SI LAS HAY** | **RECOMENDACIONES** |
| **Asistencia 20%** |   |  |  |
| **Puntualidad 20%** |   |  |  |
| **Disciplina 20%** |   |  |  |
| **Disponibilidad 20%** |   |  |  |
| **Desarrollo de las actividades designadas 20%** |   |  |  |
| **TOTAL 100%** |  |

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE, FIRMA DEL RESPONSABLE DE PRÁCTICAS DE LA EMPRESA Y SELLO DE LA EMPRESA**