



Nombre	del	Alumno:
Nombre del proyecto/programa:		
Periodo de evaluación: Del ____/____/20__ al ____/____/20__		

Nombre	de	la	Unidad	Receptora/Razón	Social:
Asesor	en	la	Unidad	Receptora:	
Puesto:					email:

Por favor indique en cada uno de los parámetros a evaluar una calificación de 0 a 10.

Características a evaluar	Puntaje
Cuenta con o adquiere los conocimientos básicos aplicables al trabajo asignado	
Calidad de su desempeño	
Cumplimiento de tareas asignadas	
Sentido de responsabilidad	
Iniciativa	
Disciplina	
Espíritu de colaboración	
Habilidades de comunicación	
Habilidades sociales	
Asistencia y puntualidad	
Apariencia personal	
Total	

Observaciones y retroalimentación:





Nombre y firma del alumno	Nombre y firma del asesor en la Unidad Receptora	Sello de la Unidad Receptora

Para ser llenado por el Asesor Interno de Residencias Profesionales del PILB
Asesor interno: _____
Observaciones: _____

Fecha de revisión: ____/____/20____

Favor de llenar por cuadruplicado: 1) Coordinador de Residencias Profesionales del PILB; 2) Asesor externo en la Unidad Receptora; 3) Asesor interno en el PILB; 4) Alumno.