

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL ASESOR INTERNO AL RESIDENTE

DEPARTAMENTO: _____ PERIODO: _____
 NOMBRE DEL RESIDENTE: _____
 NO. DE CONTROL: _____
 NOMBRE DEL PROYECTO: _____
 EMPRESA: _____
 DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____
 DEPTO. ASIGNADO: _____
 HORARIO: _____ FECHA INICIO: _____ TERMINACIÓN: _____
 NOMBRE DEL ASESOR INTERNO: _____
 NOMBRE DEL ASESOR EXTERNO: _____
 FECHA: _____
 FIRMA: _____

EVALUACIÓN Y AVANCE DEL PROYECTO

FACTOR / FECHAS									
PUNTUALIDAD									
ASISTENCIA									
MANEJO DE SUS RELACIONES LABORALES									
AVANCE Y CALIDAD DEL TRABAJO									
DESEMPEÑO DEL PROYECTO									
ACTITUD HACIA EL TRABAJO									

ESCALA: E = EXCELENTE (100), MB = MUY BIEN (90), B = BIEN (80), R = REGULAR (70), M = MAL (NA)

EVALUACIÓN DEL ASESOR INTERNO: _____

FECHA: _____

NOMBRE

FIRMA