

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Dependencia:

Nombre del responsable del practicante:

Teléfono: Correo electrónico:

Nombre del practicante:

Carrera:

Código: Inicio de prácticas: Fin de prácticas:

EVALUACIÓN

Favor de calificar del 0 al 10 según considere adecuado en cada uno de los rubros, siendo 0 la calificación más baja y 10 la más alta. NOTA: Las puntuaciones se pueden repetir.

- Asistencia y puntualidad.
- Calidad y presentación en trabajos asignados.
- Creatividad y desarrollo en actividades asignadas.
- Capacidad para analizar la información.
- Uso adecuado del lenguaje.
- Capacidad de integración.
- Fluidez en la comunicación.
- Toma de decisiones.
- Entrega oportuna de tareas asignadas.
- Denota interés por aprender cosas nuevas.
- Aplicación de conocimientos teórico-prácticos en el desempeño de tareas asignadas.
- Desarrollo y ejecución de tareas o proyectos que aporten innovación en los procesos:

Describa las principales actividades asignadas que desarrolló el practicante:

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

¿Considera que el Practicante tuvo dificultades para desarrollar adecuadamente sus Prácticas Profesionales?
En caso afirmativo, señale cuáles fueron y porqué:

Sugerencias y/o observaciones al programa de Prácticas Profesionales del CUNorte

Lugar y fecha:

RESPONSABLE DEL PRACTICANTE EN LA DEPENDENCIA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO.