



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Artes

Formato Evaluación Final de Prácticas Profesionales

Objetivo General: Evaluar y dar seguimiento a las prácticas profesionales realizadas por el alumno considerando su desempeño para sugerir formas de mejora al mismo alumno y complementar el perfil de egreso de la licenciatura que cursa; así como evidenciar la acreditación o no acreditación de las Prácticas profesionales realizadas.

Nombre del alumno:	matrícula:
Unidad receptora:	

I. Saber

1.- ¿Realizó sus actividades con sustento profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

2.- ¿Realizó la práctica profesional conforme los objetivos acordados?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

3.- ¿Identificó los procesos a seguir para realizar una actividad o función?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

4.- ¿Comprendió las actividades asignadas para realzar su práctica profesional de manera correcta?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

5.- ¿Fueron suficientes los conocimientos demostrados en la realización de su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

6.- ¿Qué saberes considera necesarios para una mejor realización de su práctica profesional?

II. Saber Hacer

1.- ¿Es organizado en las actividades realizadas?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

2.- ¿Optimizó los recursos que son puestos a su disposición para realizar sus prácticas profesionales?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

3.- ¿Realizó comentarios o sugerencias con el propósito de mejorar las actividades que realiza?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

4.- ¿Investigó y se documentó para realizar su práctica profesional

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

5.- ¿Qué tipo de herramientas o equipo utilizó el alumno para realizar su práctica profesional?

6.- ¿Mostró destrezas en el manejo de las herramientas, equipo o tecnología designadas para su uso?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

7.- ¿Previó situaciones al realizar sus actividades?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

8.- ¿Propuso formas o procedimientos para resolver situaciones o problemas?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

9.- ¿Se integró adecuadamente en equipos de trabajo?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

10.- ¿Resolvió problemas relacionados a su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

11.- ¿Realizó sus prácticas profesionales con eficiencia y eficacia?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

12.- ¿Qué habilidades o destrezas sugiere usted formar en el alumno para que realice su práctica profesional con mayor calidad?

III. Saber Ser

1.- ¿Respetó las opiniones de los demás?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

2.- ¿Aceptó sugerencias realizadas por compañeros o supervisor para la mejora de su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

3.- ¿Realizó las actividades asignadas con el debido cuidado y responsabilidad?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

4.- ¿Realizó con gusto e interés su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

5.- ¿Asistió puntual y continuamente a realizar su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

6.- ¿Consideró las políticas o reglas de la unidad receptora al realizar su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

7.- ¿Apoyó y colaboró satisfactoriamente con las actividades programadas en su práctica profesional?

Nunca _____ Algunas Veces _____ Siempre _____

8.- ¿Qué actitudes y valores propone formar en el alumno para mejorar la realización de sus prácticas profesionales?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Artes
Formato Evaluación Final de Prácticas Profesionales

Resultado Evaluación Final:

¿Considera que los conocimientos, habilidades y actitudes mostrados por el alumno en el desempeño de su práctica profesional fueron satisfactorios para acreditar la práctica profesional realizada? Si ___ No: ___

Sello de la
Unidad
Receptora

Firma del supervisor:

Fecha de realización de la evaluación final: _____

*Formato modificado en el ciclo escolar 2020-1
ABMN