



**UNIVERSIDAD AUTONOMA AGRARIA  
ANTONIO NARRO**

**LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA REALIZACION  
DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

**DIRECCIÓN DE DOCENCIA**

**BUENAVISTA, SALTILLO, COAHUILA**

**JUNIO 2007**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA AGRARIA  
ANTONIO NARRO**

**Prácticas Profesionales (F5)**

**Reporte de evaluación final**

Nombre de Entidad Receptora: _____
Nombre del Supervisor de la Entidad Receptora _____
Puesto que ocupa _____ Teléfono _____
Nombre del alumno: _____
Programa Docente _____
Departamento _____ División _____ Unidad Regional _____
División _____
Periodo de evaluación: _____
Total de horas realizadas: _____

Actividades realizadas durante las prácticas profesionales.

¿Como considera el desempeño del alumno?

Satisfactorio ( ) No satisfactorio ( )

Por favor fundamente su respuesta

**¡Para nuestra Universidad es muy importante su opinión!**

1. En que forma considera que el alumno desarrolló las competencias relacionadas con su profesión.

1) Excelente \_\_\_ 2) Muy bien \_\_\_ 3) Bien \_\_\_ 4) Regular \_\_\_ 5) Deficiente \_\_\_

2. ¿Cuales competencias relacionadas con la profesión, considera usted que le faltan al alumno, y que debemos fortalecer en los programas académicos?

---

---

---

---

3. ¿Cómo valora usted la capacidad del alumno en relación a trabajar en equipo y a tomar decisiones?

1) Excelente \_\_\_ 2) Muy bien \_\_\_ 3) Bien \_\_\_ 4) Regular \_\_\_ 5) Deficiente \_\_\_

4. ¿En que forma considera usted que el practicante se expresa de manera oral y escrita?

1) Excelente \_\_\_ 2) Muy bien \_\_\_ 3) Bien \_\_\_ 4) Regular \_\_\_ 5) Deficiente \_\_\_

5. ¿Considera que demuestra iniciativa y colaboración en su desempeño para resolver problemas?

1) Excelente \_\_\_ 2) Muy bien \_\_\_ 3) Bien \_\_\_ 4) Regular \_\_\_ 5) Deficiente \_\_\_

6. Demuestra orden, disciplina y respeto hacia los demás.

Si \_\_\_ No \_\_\_

7. Asiste puntualmente a sus prácticas.

Si \_\_\_ No \_\_\_

8. Demuestra interés por aprender.

Si \_\_\_ No \_\_\_

9. ¿Es respetuoso de la normatividad de la institución?

Si \_\_\_ No \_\_\_

10. ¿Considera usted que el alumno logro el objetivo del programa de prácticas profesionales establecido?

Si \_\_\_ No \_\_\_

Por qué \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Comentario adicional

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del responsable de la  
Entidad Receptora

\_\_\_\_\_

Firma del responsable de la materia  
de Practicas Profesionales

Fecha: \_\_\_\_\_

F5/3