

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INFORME TÉCNICO DEL PROCESO  
DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL. Valor 10 puntos**

**INSTITUCIÓN:** \_\_\_Hospital Municipal Nizao\_\_\_\_\_

**Período evaluado:** \_\_\_Año 2023\_\_\_\_\_

**Fecha de recepción:** 25/4/2024\_\_\_\_\_ **Dentro del plazo:** Si \_\_\_\_\_ No

**Fecha de revisión:** \_30/7/2024\_\_\_\_\_ **Puntuación obtenida:** \_\_\_5/10\_\_\_\_\_

**Revisado por:** \_Shantelle Hernández \_\_\_\_\_

**Mantiene puntuación en el SISMAP:** Si \_\_\_\_\_ No  **Puntos a restar:** \_\_\_5\_\_\_\_\_