



**MINISTERIO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE FUNCIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL**

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

INSTITUCIÓN: _____ Hospital Nuestra Señora de Regla _____

Período evaluado: _Año 2023_____

Fecha de recepción: 20 /2/2024_____ **Dentro del plazo:** Si No _____

Fecha de revisión: _30/7/2024_____ **Puntuación obtenida:** _6_/10_____

Revisado por: _Shantelle Hernández_____

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si _____ No _____ **Puntos a restar:** _____4_____