

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

INSTITUCIÓN: _____ Hospital Juan Pablo Pina _____

Período evaluado: _Año 2023_____

Fecha de recepción: 12/3/2024 _____ **Dentro del plazo:** Si No _____

Fecha de revisión: _30/7/2024_____ **Puntuación obtenida:** _8/10_____

Revisado por: ___Shantelle Hernández _____

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si _____ No **Puntos a restar:** ___2_____