



**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 Provincial Dr. Rafael J. Mañón ___

Período evaluado: _Año 2023_____

Fecha de recepción: 1/3/2024_____ **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_____