



**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 Municipal Villa Altagracia__

Período evaluado: __Año 2023__

Fecha de recepción: 21/3/2024__ **Dentro del plazo:** Si No

Fecha de revisión: _30/7/2024__ **Puntuación obtenida:** __7/10__

Revisado por: __Shantelle Hernández__

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si No **Puntos a restar:** __3__