

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

INSTITUCIÓN: _____ Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosch _____

Período evaluado: ____Año 2023_____

Fecha de recepción: 15/3/2024

Dentro del plazo: Si No _____

Fecha de revisión: 25/7/2024

Puntuación obtenida: ____6.25/10_

Revisado por: _Shantelle Hernández_____

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si _____ No **Puntos a restar:** __3.75__