

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

INSTITUCIÓN: _Hospital Regional Luis Morillo King_____

Período evaluado: _Año 2023_____

Fecha de recepción: _14/3/2024_____ **Dentro del plazo:** Si **No** _____

Fecha de revisión: _23/7/2024_____ **Puntuación obtenida:** _8/10_____

Revisado por: Shantelle Hernández _____

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si _____ **No** **Puntos a restar:** _____2_____
