

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

INSTITUCIÓN: Hospital Inmaculada Concepción _____

Período evaluado: __año 2023__

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

Fecha de revisión: 22/7/2024_____ **Puntuación obtenida:** _____6/10_____

Revisado por: __Shantelle Hernández_____

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si _____ No **Puntos a restar:** _4_____