

**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\_\_\_\_\_