

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

INSTITUCIÓN: _____ Hospital Dr. Pedro Emilio de Marchena _____

Período evaluado: ____ Año 2023 _____

Fecha de recepción: 14/3/2024 _____

Dentro del plazo: Si No _____

Fecha de revisión: 25/7/2024 _____

Puntuación obtenida: _6/10 _____

Revisado por: _Shantelle Hernández _____

Mantiene puntuación en el SISMAP: Si _____ No **Puntos a restar:** __4_____