

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

INSTITUCIÓN: __Hospital Municipal Pedro Antonio Céspedes__

Período evaluado: Año 2023__

Fecha de recepción: __13/3/2024__ **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__