

**FORMULARIO DE REVISIÓN Y CALIFICACIÓN DE MINUTAS DE MONITOREOS  
DE ACUERDOS DE DESEMPEÑO LABORALES 2024. Valor 30 puntos**

**INSTITUCIÓN:** Hospital Dr. Rafael J. Mañón

**Período evaluado:** 2024

**Trimestres solicitados:** 1er y 2do

**Fecha establecida para recibir minutas:** 5/9/2024

**Fecha de recepción de minutas:** 3/9/2024

**Dentro del plazo:** Si  No

**Días de retraso:** 0

**Cantidad de áreas solicitadas:** 3

**Cantidad de áreas recibidas:** 4

**Fecha de revisión de minutas de monitoreo:** 10/9/2024

**Revisado por:** Shantelle Hernández

**Mantiene puntuación en el SISMAP:** Si  No

**Puntos a restar:** 0

**Si pierde puntos, especifique la puntuación anterior en el subindicador 07.1:** N/A

**Puntuación actual en el subindicador 07.1:** 99 puntos