

**A: Comisión de Evaluación de Desempeño**

Nombre(s) y Apellido(s) del/la funcionario/a: 2

Cargo: 3

Pers. N°: 4

Unidad Administrativa: 5

Sigla: 6

Su Evaluación de Desempeño y Retroalimentación fue realizada en fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 7 Puntaje Global: 8

**JUSTIFICACIÓN**

9

10

Firma del Funcionario/a

Fecha: / /

**A: Integrantes de la Comisión de Evaluación**

11

12

Firma Coordinador/a de la Comisión de Evaluación

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

**A: Comisión de Evaluación de Desempeño**

13

14

Firma Integrante de la Comisión de Evaluación

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N°: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

**INFORME FINAL**

15

16

Firma Coordinador/a de la Comisión de Evaluación

Fecha: / /

Original: Comisión de Evaluación (CE)

Copia: Funcionario/a afectado/a