

ANDE

**SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO (SRE)**

Sigla / N° / Año

A: Comisión de Evaluación de Desempeño

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

Cargo: _____ Pers. N°: _____

Unidad Administrativa: _____ Sigla: _____

Su Evaluación de Desempeño y Retroalimentación fue realizada en fecha: ____/____/____ Puntaje Global: _____

JUSTIFICACIÓN

Firma del Funcionario/a

Fecha: / /

A: Integrantes de la Comisión de Evaluación

Firma Coordinador/a de la Comisión de Evaluación

Nombre y Apellido: _____

Pers. N°: _____ Fecha: / /

A: Comisión de Evaluación de Desempeño

Firma Integrante de la Comisión de Evaluación

Nombre y Apellido: _____

Pers. N°: _____ Fecha: / /

INFORME FINAL

Firma Coordinador/a de la Comisión de Evaluación

Fecha: / /

Original: Comisión de Evaluación (CE)

Copia: Funcionario/a afectado/a