



COORDINACIÓN ESTATAL DE HIDALGO DE SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS BIENESTAR)
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y FINANZAS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

FORMATO DE CEDULA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

UNIDAD ADMINISTRATIVA: SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS BIENESTAR)

DIRECCIÓN DE AREA: _____

JEFATURA DE DEPARTAMENTO _____

CLUES: HGIMB000151

MES QUE SE EVALUA _____ AÑO: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____ R.F.C. _____

CURP: _____ No. DE EMPLEADO: _____

CLAVE Y CODIGO FUNCIONAL: _____

JORNADA DE TRABAJO: _____ HORARIO: _____

DIAS ECONOMICOS DISFRUTADOS EN EL MES: _____ INASISTENCIAS EN EL MES: _____

DIAS DE VACACIONES EN EL MES: _____ LICENCIA POR MATRIMONIO: SI ☐ NO ☐

DESCANSO ANUAL EXTRAORDINARIO POR LABORAR EN AREA NOCIVO-PELIGROSAS: SI ☐ NO ☐

DIAS DISFRUTADOS EN EL MES POR LICENCIA CON O SIN GOCE DE SUELDO: _____

COMISION SINDICAL:

COMISION EXTERNA CON O SIN GOCE DE SUELDO: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR CARGO DE ELECCIÓN POPULAR: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR PUESTO DE CONFIANZA: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR CURSAR RESIDENCIA MEDICA: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR EL DISFRUTE DE UNA BECA: SI ☐ NO ☐

AUTORIZACIÓN POR TOLERANCIA DE UNA HORA DE GUARDERÍA: SI ☐ NO ☐

RETARDOS CON TOLERANCIA EN EL MES: SI ☐ NO ☐

RETARDOS MENORES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

RETARDOS MAYORES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

HORAS DE SALIDA AUTORIZADAS EN EL MES: _____ AMONESTACIONES EN EL MES: _____

EXTRAÑAMIENTOS EN EL MES: _____ NOTAS MALAS EN EL MES: _____

EL TRABAJO FUE SUSPENDIDO EN SALARIO FUNCIONES DEL MES: SI ☐ NO ☐



COORDINACIÓN ESTATAL DE HIDALGO DE SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS BIENESTAR)
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y FINANZAS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES

	FACTORES	CALIFICACIÓN
EFICACIA	_____	_____
EFICIENCIA	_____	_____
INTENSIDAD	_____	_____
CALIDAD	_____	_____
DILIGENCIA	_____	_____
RESPONSABILIDAD	_____	_____
DISCIPLINA	_____	_____
ASISTENCIA	_____	_____
PUNTUALIDAD	_____	_____
PERMANENCIA	_____	_____
		TOTAL: _____

CARGO, NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____

DICTAMEN DE LA COMISION DE EVALUACIÓN PERMANENTE

LA COMISION DE EVALUACION PERMANENTE DICTAMINA QUE EN BASE A LA EVALUACION REALIZADA AL
PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL ACTOPAN, EL (LA) C.

OBTUVO LA MAYOR PUNTUACION POR LO QUE SE HACE ACREEDORA AL ESTIMULO DE DESEMPEÑO Y
PRODUCTIVIDAD DEL MES DE _____.

NOMBRES Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISION DE EVALUACIÓN PERMANENTE

SECRETARIO TECNICO

DIRECTOR GENERAL

AUXILIAR DEL SECRETARIO TECNICO

LIC. JULIA LOPEZ AGUILAR
ADMINISTRADORA DEL HOSPITAL

DRA. CLAUDIA LORENA VALENCIA
ELIZONDO
DIRECTORA DEL HOSPITAL

L.N. DANIELA ARIANA LICONA URIBE
JEFA DE RECURSOS HUMANOS

REPRESENTANTES DE LA SECCION SINDICAL

DR. JUAN DE DIOS MILKO MOCTEZUMA MONTAÑO

FECHA: _____