

AÑO		DATOS DEL EVALUADO				CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL DE FUNCIONES Y METAS		P A R Á M E T R O S		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	NIVEL DEL PUESTO	DEPENDENCIA O ENTIDAD	UNIDAD RESPONSABLE	#	Descripción de la Meta, Objetivo y/o Función	SATISFACTORIO	NO SATISFACTORIO	DEFICIENTE
						1	Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.	100-80	75-60	50-0
						2	Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.	100-80	75-60	50-0
						3	Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.	100-80	75-60	50-0
						4	Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.	100-80	75-60	50-0
						5	Será establecido y demostrado con evidencias documentales, al momento de la aplicación de la evaluación.	100-80	75-60	50-0

Firma del Evaluado	Lugar y fecha de elaboración	Nombre y firma del Superior Jerárquico del Evaluado
--------------------	------------------------------	---