|  |
| --- |
| **Información del Empleado** |
| Apellido y Nombre |  | Nº Legajo |  |
| Fecha de Ingreso |  | Puesto |  |
| Departamento |  | Responsable |  |
| Periodo de Revisión |  | Hasta |  |
| **Valoraciones** |
|  | Necesita Mejorar (5) | Normal(4) | Satisfactorio (3) | Bueno(2) | Excelente(1) |
| Conocimiento del trabajo |  |  |  |  |  |
| Calidad del trabajo |  |  |  |  |  |
| Puntualidad y asistencia |  |  |  |  |  |
| Iniciativa |  |  |  |  |  |
| Conducta |  |  |  |  |  |
| Capacitación |  |  |  |  |  |
| Valoración general (promedio) |  |
| **Evaluación** |
| Comentarios adicionales: |
| Objetivos: |
| **Confirmación de la Revisión** |
| Por la firma del presente formulario, el empleado confirma que ha tratado esta revisión en detalle con su supervisor. La firma del presente formulario no indica necesariamente su conformidad con esta evaluación. |
| Firma del Empleado | Fecha |  |
| Firma del Responsable | Fecha |  |