

RETROALIMENTACIÓN RESULTADOS DESARROLLO CARRERAS

VP				Gerencia		Superintendencia	
	Fecha	RUT	Nombre Trabajador/a	Nombre Supervisor/a	Firma Supervisor/a	Se informan Aspectos de mejora de sus desempeño (SI/NO)	La retroalimentación se realiza de forma Individual (SI/NO)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							