|  |
| --- |
| Trimestre reportado (marque con “X”) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ene – feb – mar | abr – may – jun | jul – ago – set | oct – nov – dic | Anual |

1. **Identificación:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la OIC: | Año: |
| Validez de Acreditación CONIS: | |
| Validez de Permiso Funcionamiento: | |

1. **Personal de Planta Activo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** | **Puesto** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Total** |  |

1. **Capacitación de personal:**

| **Tema** | Fecha |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Actividades realizadas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividad realizada | Número de CEC-UCIMED | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Firma Representante Legal Fecha