|  |
| --- |
| 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