

COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

REGISTRO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y ENSEÑANZA EN SERVICIO

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: _____

NOMBRE DEL EVALUADO: _____

NOMBRE DEL CAPACITADO	TEMA	DURACIÓN	FECHA	FIRMA DEL CAPACITADO.

HAGO CONSTAR QUE LOS DATOS REGISTRADOS SON VERÍDICOS Y PUEDEN VERIFICARSE EN LOS REGISTROS DEL ÁREA.

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL EVALUADO QUE REALIZÓ LA CAPACITACIÓN.

Vo.Bo. NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE.