



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN QUINTANA ROO
DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y CALIDAD



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES _ CAPACITACIÓN EN INFLUENZA

Nombre de la Unidad: _____

Total personal adscrito: _____

Proceso	Actividad a realizar	Responsable	Depto./servicio participante	Núm. de participantes	Desarrollo de la capacitación	Enero		Febrero				Marzo			
						semana 3	semana 4	semana 1	semana 2	semana 3	semana 4	semana 1	semana 2	semana 3	semana 4
					programado										
					real										
					programado										
					real										
					programado										
					real										
					programado										
					real										
					programado										
					real										
					programado										
					real										
					programado										
					real										
					programado										
					real										

