Medicina Pre-paga	**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**	Versión : 01 Código : F-RH-03
	PLAN DE CAPACITACIÓN	Fecha : 07/11/2016 Página 1 de 1

Año:_____ **Fecha de Aprobación:_____**

ACTIVIDAD	DURACIÓN	FECHA	INTERNA O EXTERNA	INSTRUCTOR	PARTICIPANTES