



PROGRAMA ANUAL DE SIMULACROS

Instructivo para el llenado del registro R-AMB-09-02 Programa Anual de Simulacros

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
1	Área:	Se coloca el nombre del responsable de la elaboración del Programa Anual	Oficina de Servicios Médicos
2	Responsable:	Nombre del/la Responsable de dar seguimiento a las actividades del Programa Anual vigente	
3	No. Actividades:	Total de Actividades a realizar en el Programa Anual	
4	Fecha de elaboración:	DD/MM/AÑO	
5	No.	Número de actividades a realizar en el Programa Anual	
6	Actividades:	Actividades a realizar para verificar y dar seguimiento de la eficacia del SGI UPAM	
7	Elaboró:	Nombre completo, puesto y firma de la persona quién elaboró el Programa Anual	
8	Programado/ Realizado	Colocar con un color, las actividades que ya se han realizado.	
9	Revisó:	Nombre completo, puesto y firma de la persona quién revisa el Programa Anual	Subdirector de Vinculación, Emprendedurismo y Procuración de Fondos
10	Autorizó:	Nombre completo, puesto y firma de la persona quién autoriza el Programa Anual	Rectoría