**LISTA DE ASISTENCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos.** |  | | |
| **CLUES (En caso de Aplicar)** |  | | |
| **Fecha:** |  | **Hora** |  |
| **N° de sesión** |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nombre** | **Función o cargo en el Comité** | **Puesto o cargo en el Establecimiento/ Zona de Supervisión Médica.** | **Firma** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |