**Orden del día**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos** |  | | |
| CLUES (En caso de Aplicar) |  | | |
| Fecha: |  | Hora de Inicio: |  |
| Tipo de Sesión |  | N° Minuta: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Tema** | **Expositor/responsable** | **Tiempo** |
| **1** | Bienvenida |  | 1 min. |
| **2** | Verificación del quórum y firma de lista de asistencia. |  | 3 min. |
| **3** | Lectura y aprobación del orden del día |  | 1 min. |
| **4** | Revisión del cumplimiento de los compromisos de la sesión anterior. |  | 10 min. |
| **5** | Asuntos prioritarios  1.-  2.-  3.- |  | 10 min.  10 min.  10 min. |
| **6** | Asuntos generales:  1.-  2.-  3.- |  | 5 min. |
| **7** | Acuerdos y seguimiento |  | 5 min. |
| **8** | Fin de la reunión |  | 1 min. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaboró |  | Autorizó |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Secretariado Técnico |  | Presidencia del Comité |