**Lista de asistencia**

* Día, Hora:
* Centro de Salud:
* Comuna:
* Región:
* Encargado (nombre y mail):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Rut** | **Correo electrónico** | **Cargo/función/organización** | **Firma** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Rut** | **Correo electrónico** | **Cargo/función/organización** | **Firma** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Agregar más páginas si es necesario)

**Acta**

|  |
| --- |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 1:** |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 2:** |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 3:** |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 4:**  ***Demandas locales priorizadas:***  1.  2.  3.  ***Demandas a nivel país priorizadas:***  1.  2.  3. |

**Envía la lista de asistencia y el acta a cabildosporlasalud@gmail.com con plazo máximo el Domingo 10 de Noviembre de 2019.**