

ASISTENTES <i>(Nombre y Cargo)</i>	Fecha y Hora:	Duración:
	TIPO REUNION: <input type="checkbox"/> REVISION DEL SIS. CALIDAD <input type="checkbox"/> REUNION INTERNA <input checked="" type="checkbox"/> OTROS (especificar): GRUPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA EAP	
ORDEN DEL DIA:		
RESUMEN DE LA REUNION:		

