

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN  
COORDINACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL  
COMITÉ NACIONAL DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y CERTIFICACIÓN  
PROGRAMA HOSPITAL SEGURO

ANEXO 10  
Evaluación Interinstitucional  
Lista de Asistencia

Hospital \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

No	NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	TEL. OFICINA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

No	NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	TEL. OFNA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							