SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: **COMISION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS**
SUBDIRECCIÓN:
DEPARTAMENTO: **DEL SISTEMA ESTATAL SANITARIO**

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: **Q.F.B. YOLANDA GUERRERO CHAVEZ**

No: Oficio: **000015** FECHA: **22 d Enero del 2018**

PERIODO DE LA COMISIÓN: **24 AL 26 ENERO DEL 2018**

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	REALIZAR ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MANUAL DEL VERIFICADOR LOS DIAS 24, 25 Y 26 DE ENERO

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

Q.F.B. YOLANDA GUERRERO CHAVEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DR. CARLOS ALBERTO AGUILAR ACOSTA M.S.P.