SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN:__ SUBDIRECCION DE DICTAMEN Y AUTORIZACION SANITARIA
DEPARTAMENTO: COORDINACION DE DICTAMEN

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ I.A. MARIA GUADALUPE SANCHEZ PRIETO

No: Oficio: 000019 FECHA: ___ 01-feb-18

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ DEL 24/01/2018 AL 26/01/2018

ACTIVIDADES REALIZADAS: CURSO

No.	ACTIVIDAD
1	**CAPACITACION DEL MANUAL DEL VERIFICADOR**
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

I.A. MARIA GUADALUPE SANCHEZ PRIETO

NOMBRE Y FIRMA DE LA SUBDIRECTORA DE DICTAMEN Y AUTORIZACION SANITARIA

LIC. VERONICA BERRONES ZAPATA