

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN: _____ SUBDIRECCION DE OPERACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO: _____ VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ M.V.Z. OMAR PEDRAZA OCHOA

No: Oficio: _____ 24 FECHA: 29/01/2018

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 25/01/2018 AL _____ 26/01/2018

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	REALIZAR VISITAS DE VERIFICACION A ESTABLECIMIENTOS EN GIROS DE ALCOHOL Y TATUAJES EN CD. VALLES.
2.-	
3.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO



M.V.Z. OMAR PEDRAZA OCHOA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO



ING. ALFREDO SAID ZAVALA SHADID