

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

SUBDIRECCIÓN: _____

DEPARTAMENTO: _____ SISTEMA ESTATAL SANITARIO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ MPS. Mario Alberto Martínez Torres

No. Oficio __ 3944 776 FECHA: __ 15.10.18

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL __ 16.10.17 AL 193.10.18

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	
2.-	ASISTIR A LA XXXIV REUNION DEL SISTEMA FEDERAL SANITARIO
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

MPS. Mario Alberto Martínez Torres

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DR. CARLOS ALBERTO AGUILAR ACOSTA