SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN: ✓ SUBDIRECCION DE EVIDENCIA Y MANEJO DE RIESGOS
DEPARTAMENTO: Coord. Evidencia de Riesgo

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN OFICIAL A

NOMBRE DEL COMISIONADO: [illegible]

No: Oficio 545 FECHA: 7/8/19

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL 06/08/19 AL 06/8/19

ACTIVIDADES REALIZADAS:

| No. | ACTIVIDAD |
|---|---|
| 1.- | se realizan las actividades de muestreo |
| 2.- | en el municipio de V. Bristol y en el municipio |
| 3.- | de Matehuala de Metales pesados, físico |
| 4.- | químicos y bacteriológicos para su análisis |
| 5.- | y se trasladan al laboratorio estatal de |
| 6.- | salud pública. |
| 7.- | |
| 8.- | |
| 9.- | |
| 10.- | |

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

[illegible]

[illegible]

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DRA. MAYRA LLANES FERNANDEZ