SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN: _____ SUBDIRECCION DE EVIDENCIA Y MANEJO DE RIESGOS
DEPARTAMENTO: EVIDENCIA DE RIESGO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN OFICIAL A

NOMBRE DEL COMISIONADO: GERARDO RICARDO SILVA MUÑOZ

No: Oficio 549 FECHA: _____

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL 07/08/19 AL 09/08/19

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	SALUDPRIS
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

GERARDO RICARDO SILVA MUÑOZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DRA. MAYRA LLANES FERNANDEZ