

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ Comision 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 403

FECHA: __/7 de junio 2019

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL __ 12.6.19

AL 14.6.19

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	
2.-	supervision a la coordinación de proteccion contra riesgos sanitarios de jurisdiccion 5
3.-	levantamiento de encuestas
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

MPS. Mario Alberto Marínez Torres

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DR. CARLOS ALBERTO AGUILAR ACOSTA