

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 826

FECHA: ____ 29-oct-19

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL ____ 30.10.19

AL 31.10.19

ACTIVIDADES REALIZADAS:

| No. | ACTIVIDAD |
|----------------|--|
| 1.- | |
| 2.- | atención y traslado del personal supervisor de COFEPRIS en los municipios de |
| 3.- | Villa de Ramos, Salinas, Cd. Valles, Aquismon, y San Antonio |
| 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