

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ Comision Estatal Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

SUBDIRECCIÓN: _____ Subdirección de Operación Sanitaria.

DEPARTAMENTO: _____

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ ING. ALFREDO SAID ZAVALA SHADID

No: Oficio: **267**

FECHA: 17/08/2020

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL 12/08/2020 AL 12/08/2020

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	REUNION CON PRESIDENTE MUNICIPAL.
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

ING. ALFREDO SAID ZAVALA SHADID

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DR. CARLOS ALBERTO AGUILAR ACOSTA M.S.P.