

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: _____ FECHA: 07/12/2020

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL 02/12/2020 AL 04/12/2020

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	SUPERVISION.
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.