

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: COEPRIS
SUBDIRECCIÓN: _____
DEPARTAMENTO: FOMENTO SANITARIO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: QFB RITA JENIFFER CEBRIAN RUIZ

No: Oficio 20 **FECHA:** 24/01/2020

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL 21/12/2019 **AL** 23/12/2019

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	Capacitación Unidades de Farmacovigilancia de Hospitales Generales de Ciudad Valles, Rioverde, Matehuala y UNEME de Ciudad Valles
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
10.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

R. Jeniffer Cebrian R.
QFB. RITA JENIFFER CEBRIAN RUIZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

[Firma]
MVZ ERICH EDUARDO NEUMANN RAMIREZ