

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN: _____ FOMENTO SANITARIO
DEPARTAMENTO: _____ CAPACITACION

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ JOSE LUIS FUENTES HERNANDEZ _____

No: Oficio 41 FECHA: _____ 04/02/2020

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 30-ene-20 AL _____ 31-dic-19

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	AISTIR A REUNION CON PRESIDENTE MUNICIPAL DE MATEHUALA SAN LUIS POTOSI, SLP.
2.-	AISTIR A REUNION CON PRESIDENTE MUNICIPAL DE CHARCAS SAN LUIS POTOSI, SLP.
3.-	_____
4.-	_____
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

_____ JOSE LUIS FUENTES HERNANDEZ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

_____ MVZ. ERICH EDUARDO NEUMANN RAMIREZ _____