

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS

SUBDIRECCIÓN: _____

DEPARTAMENTO: _____ FOMENTO SANITARIO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ I.A GRACIELA MENDEZ TELLO

No: Oficio: _____ 326

FECHA: 06/10/2020

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 29/09/2020 AL _____ 02/10/2020

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	Visitas de verificación sanitaria a giros de competencia.
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

I.A. GRACIELA MENDEZ TELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

ING. ALFREDO SAID ZAVALA SHADID