

SUBDIRECCIÓN: _____ COEPRIS
FOMENTO SANITARIO
DEPARTAMENTO: _____ CAPACITACION

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ JOSE LUIS FUENTES HERNANDEZ _____

No: Oficio _____ 474 _____ FECHA: _____ 03/10/2022 _____

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 30-sep-22 _____ AL _____ 30-sep-22 _____

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1	IMPARTIR CAPACITACION AL PERSONAL DE RASTRO Y CARNICERIAS DE SALINAS, S.L.P.
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

JOSE LUIS FUENTES HERNANDEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

I.A. JULIA JANNET RODRIGUEZ MARTINEZ