

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ Comision Estatal Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
SUBDIRECCIÓN: _____ Departamento de Fomento Sanitario
DEPARTAMENTO: _____ DIFUSION

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ TEC. JOSE NIEVES MUÑIZ MURILLO

No: Oficio _____ FECHA: _____ 03-oct-22

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

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	ACTIVIDADES APOYO EN DIFUSION JURISDICCION SANITARIAN N° III S.L.P.
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO



TEC. JOSE NIEVES MUÑIZ MURILLO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO



I.A. JULIA JANNET RODRIGUEZ MARTINEZ