

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ COEPRIS
SUBDIRECCIÓN: _____ SUBDIRECCION DE OPERACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO: _____ VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ JUAN GABRIEL DURAN RIVERA

No: Oficio 86 FECHA: _____ 17-abr-23

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 14/04/2023 AL 14/04/2023

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1	Visita de verificación sanitaria a Rastro Municipal de Rioverde, S.L.P.
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

JUAN GABRIEL DURAN RIVERA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DRA. LADY LAURA SANCHEZ GOMEZ