SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

| DIREC | CCIÓN: | JURISDICCION SANITARIA No III COEPRIS COEPRIS | | | | |
|-------|--|---|------------------|----------|--------------|--------|
| SUBD | IRECCIÓN: | | | | | |
| DEPA | RTAMENTO: | | | | | |
| | REPORTE DE | ACTIVIDADE | S DESARROL | LADAS DU | IRANTE LA CO | MISIÓN |
| NOME | BRE DEL COMISIONADO | | JULIO DIAZ MORAN | | | |
| No: O | FICIO: 529 | FECHA: | 01/12/2023 | | | |
| PERIO | ODO DE LA COMISIÓN: | DEL: | 27/11/2023 | AL: | 30/11/2023 | |
| ACTIV | /IDADES REALIZADAS: | | | | | |
| Vo. | ACTIVIDAD | | | | | |
| 1,- | VILLA DE RAMOS 28/11/2023 ENTREGA DE OFICIOS AL AYUNTAMIENTO, ENTREGA DE | | | | | |
| | NOTIFICACIONES A ESTABLECIMIENTOS. | | | | | |
| 2 | DE OFICIOS AL AYUNTAMIENTO, ENTREGA DE NOTIFICACIONES A ESTABLECIMIENTOS. | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | SALINAS 30/11/2023 ENTREGA DE OFICIO AL AYUNTAMIENTO, ENTREGA DE NOTIFICA- | | | | | |
| | CIONES A ESTABLECIMIENTOS. | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | Observacion | nes: | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | NOM | BRE Y FIRMA | DEL COMISIO | ONADO | | |
| | | I.A. JULIO | DIAZ MORAN | | | |
| | | 1 | | | | |

LN. SAGRARIO ARELY ALAFFITA CRUZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO