

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: _____ MARIA MARCELINA GOMEZ HUERTA

No: Oficio 17 FECHA: _____ 13-feb-23

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 10/02/2023 AL 10/02/2023

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1	Visitas de verificación a dos guarderías (capacitación a personal de la jurisdicción 3, Santa María del Río, S.L.P.
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

MARIA MARCELINA GOMEZ HUERTA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DRA. LADY LAURA SANCHEZ GOMEZ