

DIRECCIÓN: _____
SUBDIRECCIÓN: _____ FOMENTO SANITARIO
DEPARTAMENTO: _____ CAPACITACION

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ JOSE LUIS FUENTES HERNANDEZ _____

No: Oficio _____ 314 FECHA: _____ 06/09/2023

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 04-sep-23 AL _____ 05-sep-23

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1	IMPARTIR CAPACITACION A PERSONAL DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS BAJO LA NORMA NOM-251-SSA1-2009, EN TAMAZUNCHALE, 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 _____