**SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

**DIRECCIÓN:** Planeación, Evaluación y Proyectos Especiales

**SUBDIRECCIÓN:** Programación y Seguimiento

**DEPARTAMENTO:** _____

**REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN**

**NOMBRE DEL COMISIONADO:** Dra. Ma. De Lourdes Saldívar Olague

**No. Oficio**_____ **Fecha:** 15 Octubre 2017

**PERÍODO DE LA COMISIÓN:** 10 a 12 Octubre 2017

| No. | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1 | ➢ VISITA A LA PRESIDENCIA MUNICIPAL DE TANLAJAS Y LOCALIDADES DE SAN JOSE DEL TINTO Y SANTA ELENA.<br>➢ VISITA A LA PRESIDENCIA MUNICIPAL DE SAN ANTONIO Y LOCALIDAD SAN PEDRO<br>➢ VISITA A LA LOCALIDAD DE HUICHIHUAYAN<br>➢ VISITA A CENTRO DE SALUD MATLAPA Y PRIMER CENTRO DE SALUD |
| **No.** | **RESULTADOS OBTENIDOS** |
| 1 | ➢ SE ENTREVISTO CON PRESIDENTE MUNICIPAL DE TANLAJAS Y HUBO ACOMPAÑAMIENTO A LAS LOCALIDADES DE SAN JOSE DEL TINTO Y SANTA ELENA,<br>➢ SE VISITO LA PRESIDENCIA MUNICIPAL Y SE ENTREVISTO CON SECRETARIO DEL AYUNTAMIENTO DE SAN ANTONIO Y SE INFORMO QUE SE VISITARIA LA UNIDAD DE SAN PEDRO<br>➢ SE VISITO LA LOCALIDAD DE HUICHIHUAYAN EN COMPAÑÍA DEL PRESIDENTE MUNICIPAL DE HUEHUETLAN Y SE ENTREVISTO CON PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE HUICHIHUAYAN.<br>➢ SE VISITO EL CENTRO DE SALUD DE MATLAPA EL CUAL ESTA EN COMODATO CON EL ISSSTE Y EL QUE SE TIENE PARA VECTORES.<br>➢ |
| **No.** | **CONTRIBUCIONES A LA INSTITUCIÓN** |
| 1 | ➢ MEJORAR LA COORDINACIÓN CON LOS AYUNTAMIENTOS Y EFICIENTAR EL GASTO EN SALUD. |
| **No.** | **CONCLUSIONES** |
| 1 | ➢ EXITOSO. |

**NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO**

DRA. MA. DE LOURDES SALDIVAR OLAGUE

**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO**

---

DRA. MONICA LILIANA RANGEL MARTINEZ