

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI
SUBDIRECCIÓN: _____ JURISDICCION SANITARIA NO.V
DEPARTAMENTO: _____ VECTORES ESTATAL

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ ING. JUAN MANUEL MATA RIVERA

No: Oficio TS FECHA: _____ 13/04/2015

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 08/04/2015 AL _____ 10/04/2015

ACTIVIDADES REALIZADAS:

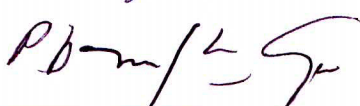
No.	ACTIVIDAD
1.-	SE ACUDIO A LOS MUNICIPIOS DE TAMASOPO Y EBANO, PARA REALIZAR SUPERVISION A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL LARVARIO.
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO



ING. JUAN MANUEL MATA RIVERA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO



DR. JORGE OCTAVIO GARCIA DIAZ
DIRECTOR DE POLITICAS Y CALIDAD EN SALUD