

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

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

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: Javier Rivera Maya

No: Oficio 000596 FECHA: 24-10-16

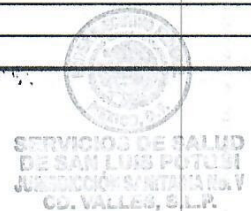
PERIODO DE LA COMISIÓN: 18-10-16 AL 21-10-16

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	
2.-	EN LA PRESENTE COMISION SE
3.-	
4.-	REALIZARON LAS ACTIVIDADES DE
5.-	
6.-	ROCIADO INTRADOMICILIARIO MOTIVO
7.-	
8.-	A CASOS PROBABLES Y POSITIVOS
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

Javier Rivera Maya 



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO


D. CHRISTIAN AUSTRIA BOLDEAS.