

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

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

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ CLEMENTINA HERNANDEZ HERNANDEZ

No: Oficio _____ 445 FECHA: _____ 10/07/2017

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 04/07/2017 AL _____ 07/07/2017

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	SE INFORMA DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL
2.-	LARVARIO, CONTROL FISICO, PATIO LIMPIO Y PROMOCION DE LA NOTIFICACION
3.-	DEL MUNICIPIO DEL NARANJO
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO



CLEMENTINA HERNANDEZ HERNANDEZ



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO



DR. CHRISTIAN AUSTRIA BALDERAS
 COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA