

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: _____ ROSA MIRIAM MARTÍNEZ CASTILLO

No: Oficio _____ 510 FECHA: _____ 17 DE JULIO DEL 2017

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 11 DE JULIO AL _____ 14 DE JULIO

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO ME PERMITO INFORMARLE QUE SE -
2.-	LLEVO ACABO, ACTIVIDADES DE CONTROL LARVARIO, CONTROL FISICO Y PATIO
3.-	LIMPIO.
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO



ROSA MIRIAM MARTÍNEZ CASTILLO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO



DR. CHRISTIAN AUSTRIA BALDERAS
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA



SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSI
JURISDICCION SANITARIA No. V
CD. VALLES, S.L.P.