

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: _____ RAFAEL RIVERA FIGUEROA

No: Oficio _____ 524 FECHA: _____ 17 DE JULIO DEL 2017

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 13 DE JULIO AL _____ 14 DE JULIO

ACTIVIDADES REALIZADAS:

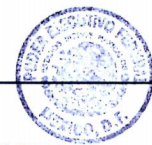
No.	ACTIVIDAD
1.-	POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO ME PERMITO INFORMARLE QUE SE -
2.-	LLEVO ACABO, ACTIVIDADES DE CONTROL LARVARIO, CONTROL FISICO Y PATIO
3.-	LIMPIO.
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

**OPERADO
CON
FASSA**

RAFAEL RIVERA FIGUEROA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO



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

DR. CHRISTIAN AUSTRIA BALDERAS
 COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA