

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCIÓN: _____ Servicios de salud de San Luis Potosi
SUBDIRECCIÓN: _____ Jurisdicción Sanitaria Num. 5
DEPARTAMENTO: _____ CAPASITS, CD. VALLES, S.L.P.

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ Magali Ibeth Martínez Rivera

No: Oficio__ 8 FECHA: __ 21-mar-17

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 17 AL 17-mar-17

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	Se acude al mpio. de Ebano S.L.P. para impartir consejería y entregar resultados
2.-	de las pruebas rápidas de vih y sífilis a TSC de ese mpio.
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO


lic. en psic. Magali Ibeth Martínez Rivera

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO


Dra. Erika Maria Herrera Toledo