

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: _____ ELVIA INFANTE IZAGUIRRE

No: Oficio _____ 98 FECHA: _____ 27 DE MARZO DE 2017

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 21 DE MARZO AL _____ 24 DE MARZO

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
3.-	PATIO LIMPIO.
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

ELVIA INFANTE IZAGUIRRE

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.