

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: _____ JOSE MERCEDES FUENTES REYES

No: Oficio _____ 340 FECHA: _____ 29 DE MAYO DEL 2017

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 25 DE MAYO AL _____ 26 DE MAYO

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO ME PERMITO INFORMARLE QUE SE -
2.-	LLEVO ACABO, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN EN LA TOMA DE
3.-	GOTA GRUESA.
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	



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

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

Jose Mercedes Fuentes

JOSE MERCEDES FUENTES REYES

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

[Signature]

DR. CHRISTIAN AUSTRIA BALDERAS
 COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA