SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECCIÓN: **SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**
SUBDIRECCIÓN: **JURISDICCIÓN SANITARIA No.V**
DEPARTAMENTO: **JEFATURA**

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: **DR. JOSÉ GUSTAVO MACIAS DEL RÍO**

No. DE OFICIO: _____ FECHA: **01/02/23**

PERIODO DE LA COMISIÓN: **30/01/23** AL **31/01/23**

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	ASISTIR A REUNIÓN DE TRABAJO

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

DR. JOSÉ GUSTAVO MACIAS DEL RÍO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DR JOSÉ GUSTAVO MACIAS DEL RÍO
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. V