

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 _____ 30 FECHA: _____ 08 DE ABRIL DEL 2024

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 03 DE ABRIL AL _____ 05 DE ABRIL

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	SE INFORMA SOBRE COMISION CONFERIDA EN DONDE SE REALIZA LA --
7.-	
8.-	SUPERVISIÓN DE CONTROL LARVARIO, CONTROL FISICO Y PATIO LIMPIO.
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	
POR NECESIDADES DEL SERVICIO SE ACUDIÓ A TAMUÍN.	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

 RAFAEL RIVERA FIGUEROA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

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