

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: _____ EZEQUIEL MÉNDEZ MARTÍNEZ

No: Oficio 629 _____ 08 DE JULIO DEL 2024

PERIODO DE LA COMISIÓN: _____ 04 DE JULIO _____ AL _____ 05 DE JULIO

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO ME PERMITO INFORMARLE QUE SE -
2.-	LLEVO ACABO, ACTIVIDADES DE ESTUDIOS PREVIOS DE BUSQUEDA DE ---
3.-	TRIATOMINOS.
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	
POR NECESIDADES DEL SERVICIO SE ACUDIÓ A ÉBANO	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO


_____ EZEQUIEL MÉNDEZ MARTÍNEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO


_____ DRA. CYNTHIA PIEDRAS OLIVAR
COORDINADORA DE EPIDEMIOLOGÍA