

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

DIRECCION: COORDINACION DE SALUD INTEGRAL
SUBDIRECCION: _____
DEPARTAMENTO: VACUNACION

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISION

NOMBRE DEL COMISIONADO: CATALINA MORENO HERNANDEZ
No. DE OFICIO: 624 903
FECHA DE ELABORACION DEL OFICIO DE COMISION: 25-06-2024
FECHA DE COMPROBACION DEL OFICIO DE COMISION: 01-07-2024
PERIODO DE LA COMISION: 27-06-2024 AL 28-06-2024

ACTIVIDADES REALIZADAS

No.	ACTIVIDAD
1.-	
2.-	
3.-	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE
4.-	VACUNACION
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
10.-	
11.-	
12.-	
OBSERVACIONES	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

ENF. CATALINA MORENO HERNANDEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DR. MARCELO HERNANDEZ HOEL