INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE ASISTENCIA

https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_MDk5ZDkwYTQtODZjMi00ZDIyLTllYTYtZWE4YmYzNDNlOTIz%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22a62d6c7b-9f59-4469-9359-3537147594bb%22%2c%22Oid%22%3a%22f3e57fca-1635-4498-97f6-98d7bd6cf2f8%22%7d

Nombre:

Natalia Andrea Alzate Bedoya

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Contratista Coordinador de Vigilancia en salud pública

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

Dirección Territorial de salud de Caldas

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Teléfono:

3104694825

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

asis@saluddecaldas.gov.co

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Reunión:

https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_MDk5ZDkwYTQtODZjMi00ZDIyLTllYTYtZWE4

Tema de la reunión.

Fecha:

03/03/2023

Fecha de reunión.

Responsable:

Diana Bustos

Aqui se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia