INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE ASISTENCIA

COVE SE 29 HEPATITIS B/C/D

Nombre:

Natalia Andrea Alzate Bedoya

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Contratista Apoyo a la coordinación 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:

COVE SE 29 HEPATITIS B/C/D

Tema de la reunión.

Fecha:

25/07/2023

Fecha de reunión.

Responsable:

HENRY SEPULVEDA

Aqui se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia