INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE ASISTENCIA

COVE SE 42_ PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Nombre:

Claudia Patricia Beltran Beltran

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Profesional especializado transmisibles

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

SDS VSP

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Teléfono:

3167873305

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

cpbeltran@saludcapital.gov.co

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Reunión:

COVE SE 42_ PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

Tema de la reunión.

Fecha:

24/10/2023

Fecha de reunión.

Responsable:

Yenny Elizalde

Aqui se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia