Registro de asistencia curso de análisis de datos 9 de febrero

Datos básicos

1

Nombre Completo
*

Claudia Patricia Beltrán Beltrán

2

Tipo documento de identidad *

Cédula

3

Numero: *

53834316

4

Entidad donde labora *

SDS

5

No. celular de contacto
*

3167873305

6

Correo electrónico
*

cpbeltran@saludcapital.gov.co

7

Ciudad de residencia
*

Bogota

8

Departamento *

Bogotá D.C.

9

País *

Colombia

10

Cargo *

Profesional especializado Transmisibles

11

Responsable de la capacitación *

- (●) Franklyn Edwin Prieto Alvarado

12

Tratamiento de datos personales. Por la presente autorizo de forma permanente al Instituto Nacional de Salud a tratar mis datos personales bajo el amparo de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para que pueda tratar dichos datos, almacenarlos, consultarlos, objetarlos y confirmarlos, así como utilizarlos en futuras convocatorias, presentaciones; conferencias, cursos educativos y publicaciones en general.
El Instituto Nacional de Salud garantiza que se tomarán todas y cada una de las medidas oportunas de seguridad en sus instalaciones, sistemas y ficheros para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales obtenidos y utilizarlos para la finalidad indicada, acorde a los parámetros contenidos en las Resoluciones No. 1607 de 2014 y 457 de 2020 del Instituto Nacional de Salud o aquellas que las sustituyan o modifiquen. *

- (●) Si
- ( ) No

Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario

Privacidad y cookies | Términos de uso