

FORMULARIO DE ASISTENCIA
COVE- 2025 - SE 10 - Sarampión y rubeola

Nombre:

Claudia Patricia Beltrán Beltrán

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Profesional especializado transmisibles

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

SDS Bogotá

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- 2025 - SE 10 - Sarampión y rubeola

Tema de la reunión.

Fecha:

11/03/2025

Fecha de reunión.

Responsable:

Yariela Acevedo

Aquí se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia