



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE ASISTENCIA

Nombre:

Claudia Patricia Beltran Beltran

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Profesional especializado transmisibles

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

SDS SVSP

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:

Tema de la reunión.

Fecha:

dd/mm/aaaa

Fecha de reunión.

Responsable:

Aquí se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia