INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE ASISTENCIA

SAR de seguimiento de tos ferina Bogotá

Nombre:

Claudia Patricia Beltrán Beltrán

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:

SAR de seguimiento de tos ferina Bogotá

Tema de la reunión.

Fecha:

28/04/2025

Fecha de reunión.

Responsable:

Ximena Castro

Aqui se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia