INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE ASISTENCIA

SAR-Tos Ferina Bogota 19-03-2025

Nombre:

FEDRA PAOLA SANCHEZ

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

PEDIATRA

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Teléfono:

3002903173

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

drafedra@gmail.com

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Reunión:

SAR-Tos Ferina Bogota 19-03-2025

Tema de la reunión.