INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Salud

FORMULARIO DE ASISTENCIA

COVE - Leishmaniasis

Nombre:

Claudia Patricia Beltrán Beltrán

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Profesional especializado transmisibles

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

Secretaria Distrital de Salud Bogotá

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Teléfono:

3167873305

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

cpbeltran@saludcapital.gov.co

Escribe el Correo.

Reunión:

COVE - Leishmaniasis

Tema de la reunión.

Fecha:

01/07/2025

Fecha de reunión.

Responsable:

Luis Mayorga

Aqui se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia