

Registro de asistencia Comité Ampliado Subsecretaría de Salud Pública - 24-09-2025

1. Nombres completos *

Fabián Rodríguez gomez

2. Correo electrónico *

f1rodriguez@saludcapital.gov.co

3. Número telefónico *

3506036085

4. Dependencia o Entidad que representa *

Subdirección de vigilancia en salud pública

5. Cargo *

Tecnólogo en sistemas

6. ¿Acepta este formulario como firma de asistencia de la reunión ? *

☒ Sí

☐ No **Microsoft 365**

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)