COVE DISTRITAL
MES DE OCTUBRE DE 2025

Octubre 1 de 2025

1. Nombres Completo *

Claudia Patricia

2. Apellidos Completos *

Beltrán Beltrán

3. Entidad a la que pertenece (Nombre de la razon social para las UPGD o UI) *

- (●) Secretara Distrital de Salud de Bogota
- ( ) Subred Norte
- ( ) Subred Centro Oriente

- ( ) Subred Sur Occidente
- ( ) Subred Sur
- ( ) Otras

4. Cargo *

   Profesional especializado transmisibles

5. Correo electronico *

   cpbeltran@saludcapital.gov.co

6. Teléfono celulara de contacto *

   3167873305

7. Autoriza el formulario como firma de la reunión *

   - (•) SI
   - ( ) 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