INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Salud

FORMULARIO DE ASISTENCIA

COVE SE-41 IRAG, morbilidad IRA

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

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Teléfono:

3167873305

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

cpbeltran@saludcapital.gov.co

Escribe el Correo.

Reunión:

COVE SE-41 IRAG, morbilidad IRA

Tema de la reunión.

Fecha:

07/10/2025

Fecha de reunión.