INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Salud

# FORMULARIO DE ASISTENCIA

Actualización SIANIESP e inclusión variable fecha de ingreso registro inicial

Nombre:

Claudia Patricia Beltran Beltran

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Profesional especialiazado transmisibles

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o area (INS):

SDS SVSP

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Teléfono:

3167873305

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

cpbeltran@saludcapital.gov.co

Escribe el Correo.

Reunión:

Actualización SIANIESP e inclusión variable fecha de ingreso registro inicial

Tema de la reunión.

Fecha:

23/10/2025

Fecha de reunión.

Responsable:

Grupo de Gestión para la Vigilancia en Salud Pública

Aqui se describe quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia