Asistencia Fortale o MPOX 29/10/2025

Habilitar Lector inmersivo

Borrar formulario

1. Nombres y Apellidos

   Claudia Patricia Beltrán Beltrán

2. Documento de identificación

   52834316

3. Número telefónico de contacto

   3167873305

4. Nombre o razón social de Entidad

   Secretaria Distrital de Salud

5. Tipo de entidad

   - ○ EAPB/EPS
   - ○ IPS
   - ○ Organización civil

- ○ Cooperante internacional
- ○ Profesional de Salud
- ◉ Secretaría Distrital de Salud
- ○ Otro

Habilitar Lector inmersivo

Borrar formulario

6. Cargo / Perfil profesional

Profesional especializado tarnsmisibles

7. Correo electrónico

cpbeltran@saludcapital.gov.co

8. Observación

Ninguna

9. Autorizo la Protección de Datos Personales de acuerdo don las Políticas de Protección y Tratamiento de datos personales de la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero de Salud, disponible en http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Protección_Datos_P.pdf

- ◉ 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, cuestionario



Habilitar Lector inmersivo



Borrar formulario

ncia artificial Crear mi propio formulario

Privacidad y cookies | Términos de uso