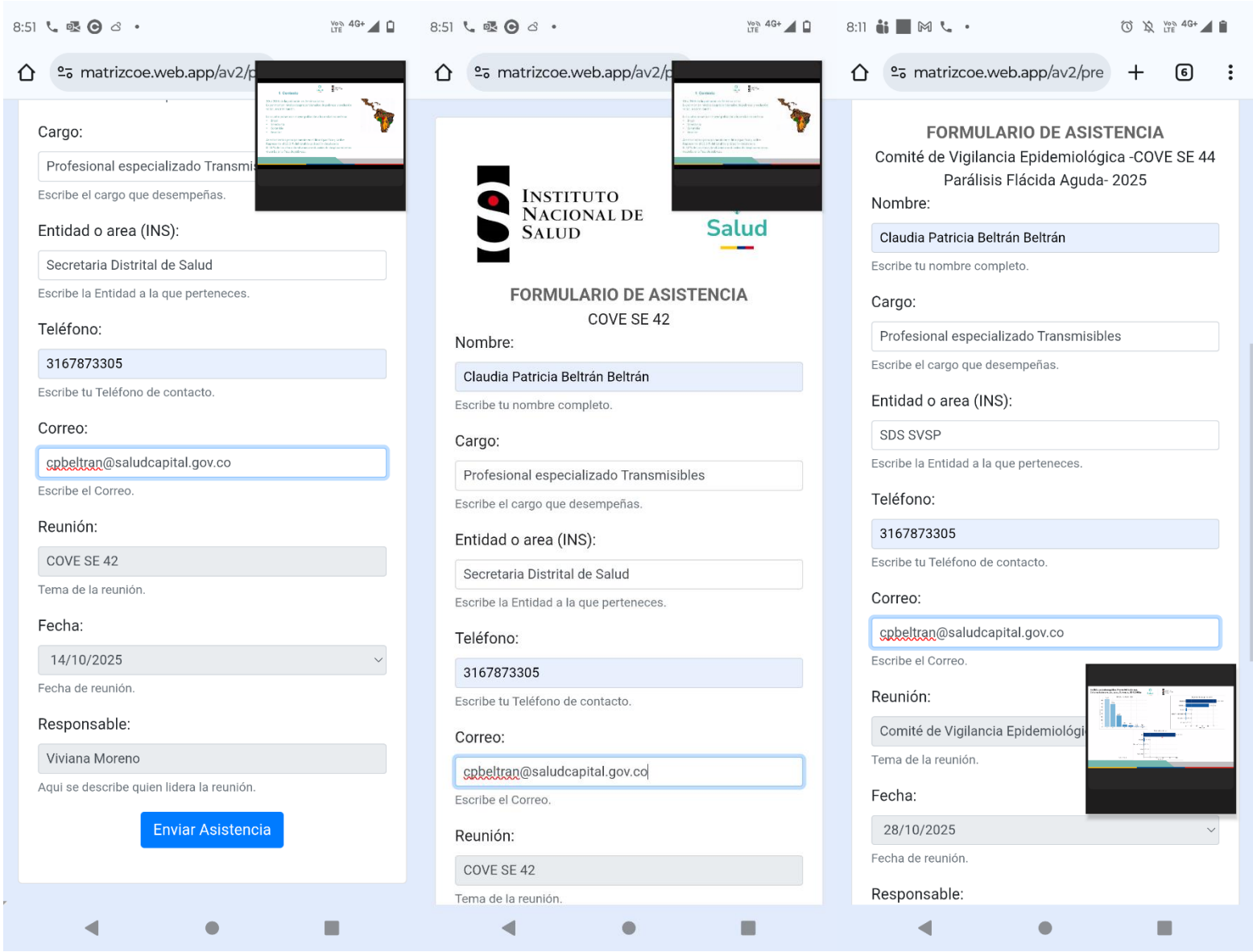

matrizcoe.web.app/av2/p
Cargo:
Profesional especializado Transmi
Escribe el cargo que desempeñas.
Entidad o area (INS):
Secretaria Distrital de Salud
Escribe la Entidad a la que perteneces.
Teléfono:
3167873305
Escribe tu Teléfono de contacto.
Correo:
cpbeltran@saludcapital.gov.co
Escribe el Correo.
Reunión:
COVE SE 42
Tema de la reunión.
Fecha:
14/10/2025
Fecha de reunión.
Responsable:
Viviana Moreno
Aqui se describe quien lidera la reunión.
Enviar Asistencia
matrizcoe.web.app/av2/p
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Salud
FORMULARIO DE ASISTENCIA
COVE SE 42
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.
Teléfono:
3167873305
Escribe tu Teléfono de contacto.
Correo:
cpbeltran@saludcapital.gov.co
Escribe el Correo.
Reunión:
COVE SE 42
Tema de la reunión.
matrizcoe.web.app/av2/pre
FORMULARIO DE ASISTENCIA
Comité de Vigilancia Epidemiológica -COVE SE 44
Parálisis Flácida Aguda- 2025
Nombre:
Claudia Patricia Beltrán Beltrán
Escribe tu nombre completo.
Cargo:
Profesional especializado 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:
Comité de Vigilancia Epidemiológi
Tema de la reunión.
Fecha:
28/10/2025
Fecha de reunión.
Responsable: