

COVE DISTRITAL MES DE OCTUBRE DE 2025

Octubre 1 de 2025

1. Nombres Completo *

Fabián

2. Apellidos Completos *

Rodríguez Gómez

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 *

Tecnologo en sistemas

5. Correo electronico *

F1rodriguez@saludcapital.gov.co

6. Teléfono celulara de contacto *

3506036085

7. Autoriza el formulario como firma de la reunión *

☒ SI

☐ NO



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](#)