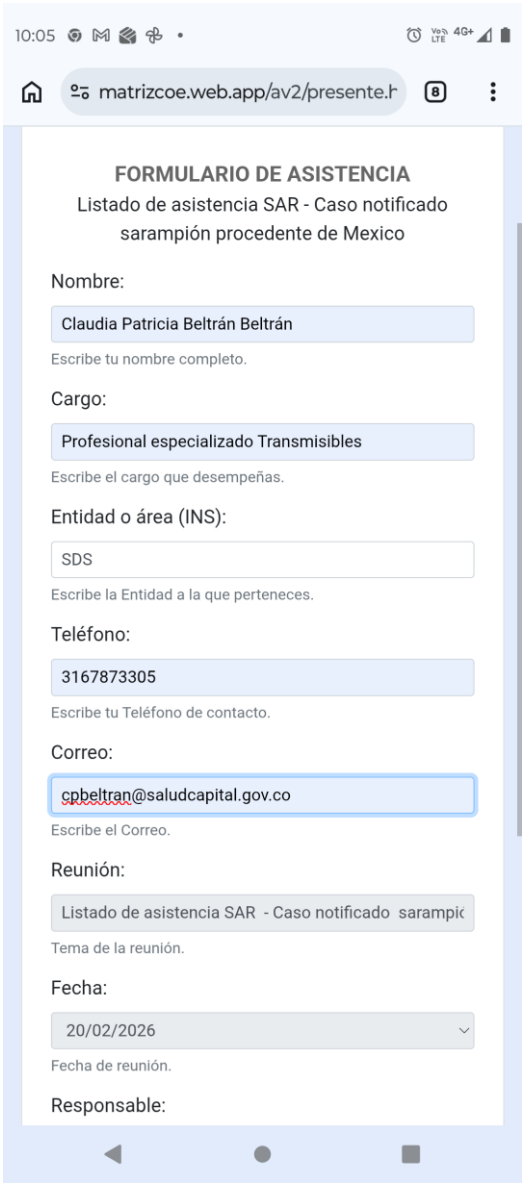

10:05
matrizcoe.web.app/av2/presente.h
FORMULARIO DE ASISTENCIA
Listado de asistencia SAR - Caso notificado sarampión procedente de Mexico
Nombre:
Claudia Patricia Beltrán Beltrán
Escribe tu nombre completo.
Cargo:
Profesional especializado Transmisibles
Escribe el cargo que desempeñas.
Entidad o área (INS):
SDS
Escribe la Entidad a la que perteneces.
Teléfono:
3167873305
Escribe tu Teléfono de contacto.
Correo:
cpbeltran@saludcapital.gov.co
Escribe el Correo.
Reunión:
Listado de asistencia SAR - Caso notificado sarampi
Tema de la reunión.
Fecha:
20/02/2026
Fecha de reunión.
Responsable: