



FORMULARIO DE ASISTENCIA

COVE SE 18 | Lesiones por artefactos explosivos (Polvora pirotécnica-MUSE-MAP)

Nombre:

Claudia Patricia Beltrán Beltrán

Escribe tu nombre completo.

Cargo:

Profesional especializado transmisibles

Escribe el cargo que desempeñas.

Entidad o área (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:

COVE SE 18 | Lesiones por artefactos explosivos (Polvora pirotécnica-ML

Tema de la reunión.

Fecha:

05/05/2026

Fecha de reunión.

Responsable:

Carmen Liliana Domínguez

Quien lidera la reunión.

Enviar Asistencia

Más herramientas



[Medidor de Riesgos](#)
[Riesgo alimentario \(RiskRanger\)](#)



[VIGIAAS](#)
[Vigilancia de IAAS](#)

