INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Salud

FORMULARIO DE ASISTENCIA

SAR caso probable MPox | Bogotá

Nombre:

Claudia Patricia Beltrán Beltrán

Escribe tu nombre completo.

Reunión:

SAR caso probable MPox | Bogotá

Tema de la reunión.

Cargo:

Profesional especializado transmisiblesx

Escribe el cargo que desempeñas.

Fecha:

01/05/2026

Fecha de reunión.

Entidad o área (INS):

Secretaria Distrital de Salud

Escribe la Entidad a la que perteneces.

Responsable:

Anyelith Katherine Gomez Chimbi

Quien lidera la reunión.

Teléfono:

3167873305

Escribe tu Teléfono de contacto.

Correo:

cpbeltran@saludcapital.gov.co

Escribe el Correo.

Enviar Asistencia

Más herramientas

Medidor de Riesgos

Riesgo alimentario (RiskRanger)

VIGIAAS

Vigilancia de IAAS