

Apoyo Evaluación Servicio de Urgencias

1. Nombres y Apellidos *

Laura carolina torres

2. Dependencia y/o Dirección *

Dirección de urgencias y emergencia

3. Proceso y/o Estrategia *

☐ GAMA

☐ Dirección de Calidad

☒ IVC

4. Correo electrónico *

Lc2torres@saludcapital.gov.co

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](#)