Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTIN
No. Identificación: CC51889317
Dirección: TV 75 # 82 - 55 AP 101
Telefono: 4796131
Correo: yopavamar_74@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8376240590

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTIN	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51889317	**Periodo de Cotización Salud**	abril de 2024
Número de planilla	8376240590	**Periodo de Cotización Pensión**	abril de 2024
Fecha pago	2024-04-09	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	32452073	**Total Pagado**	402200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8376240590

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51889317
APELLIDOS Y NOMBRES: YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-abr-2024

Fecha Validación:25-abr-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VARGAS	MARTÍN	YOLANDA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51889317	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES ENE AÑO 1968

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TV 75 # 82 - 55 Apto 101

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4796131

EMAIL yopavamar_74@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 1985

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS	CORPORACIÓN EDUCATIVA HUMANAR	2016	1800

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-abr-2024

Fecha Validación:25-abr-2024

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yopavamar_74@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3118359464	DIA 1 MES 4 AÑO 2024	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
425-2024	C4	Cl 20 68a 06

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yopavamar_74@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3118359464	DIA 27 MES 2 AÑO 2023	DIA 11 MES 2 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
364-2023	C4	Calle 20 68a 06

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yopavamar_74@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3118359464	DIA 15 MES 2 AÑO 2022	DIA 29 MES 1 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
362-2022	C4	Calle 20 # 68A-06

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-abr-2024

Fecha Validación:25-abr-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	trasladosinternossuroccidente@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3014434266	DIA 1 MES 2 AÑO 2021	DIA 31 MES 1 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
4256/2021	REFERENCIA HOSPITAL KENNEDY	Av 1 de mayo 40b 54

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	trasladointernossuroccidente@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3014434266	DIA 1 MES 2 AÑO 2020	DIA 31 MES 1 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
2462/2020	REFERENCIA HOSPITAL KENNEDY	AV 1 DE MAYO 40B 54

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	trasladosinternossuroccidente@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3014434266	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 31 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
2277/2019	RADIOPERADOR HOSPITAL KENNEDY	av 1 de mayo 40b 54

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-abr-2024

Fecha Validación:25-abr-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	trasladosinternossuroccidente@gmail.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3014434266	DIA 1 MES 11 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
5988	REFERENCIA HOSPITAL KENNEDY	AV 1 DE MAYO 40B 54

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	referenciacrue@saludcapital.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649538	DIA 8 MES 7 AÑO 2017	DIA 13 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
841/2017	CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS	CL 12 No. 32 65

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
OCUPAR TEMPORALES S.A.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.OCUPAR.COM.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3905555	DIA 2 MES 1 AÑO 2016	DIA 7 MES 7 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
GESTOR DE INFORMACION	CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS	CL 12 No. 32 65

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-abr-2024

Fecha Validación:25-abr-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.fvs.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2973220	DIA 30 MES 1 AÑO 2009	DIA 29 MES 1 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
0011/22/2009	nuse	Calle 20 No. 68a 06

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.fvs.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2973220	DIA 30 MES 7 AÑO 2008	DIA 29 MES 1 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
0202/00/2008	nuse	Calle 20 No. 68a 06

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.FVS.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2973220	DIA 16 MES 4 AÑO 2007	DIA 15 MES 2 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
0202/00/207	NÚMERO ÚNICO DESEGURIDAD Y	CL 12 No. 7 14

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-abr-2024

Fecha Validación:25-abr-2024

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

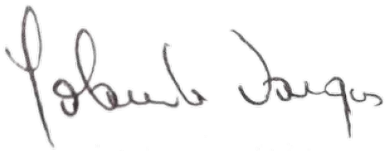
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	1	6
Pública	8	5
Total	9	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 25-abr-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

2024 FORMULARIO EN LÍNEA CERTIFICACIÓN CATEGORÍA TRIBUTARIA CONTRATISTA PERSONA NATURAL

VIGENCIA: 16 DE ABRIL 2024 A 15 DE ABRIL DE 2025. Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, en especial los Artículos No. 103, 383, 387 y 388 del Estatuto Tributario y Artículos No. 1.2.4.1.6, 1.2.4.1.7, 1.2.4.1.18, 1.2.4.1.24 y 1.2.4.1.27 del Decreto No. 1625 de 2016, modificado a través del Decreto 359 de 2020, Art 206 ET parágrafo 5, numeral 10 modificado por la ley 1277 de 2022 Decreto 2231 de 2023. Para efectos de determinar la calidad de responsable de IVA y la depuración de la base gravable en el cálculo de la retención en la fuente por renta.
(Aplican únicamente para las personas naturales que reciben rentas de trabajo Art. 103 y 206 del Estatuto Tributario).

DATOS GENERALES

Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas ni caracteres especiales

1. Nombres y Apellidos (registre los datos como aparecen en el documento de identificación) *

   YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTIN

2. Tipo de Identificación *

   - (●) C.C.
   - ( ) C.E.

PPT

3. Numero de Identificación. *

51889317

4. Correo electrónico de contacto (personal o institucional) *

yopavamar_74@hotmail.com

5. Teléfono de contacto *

3118359464

DATOS CONTRATACIÓN

Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas ni caracteres especiales

6. Dependencia *

Oficina Centro de Comando, Control, Com...

7. Año de Suscripción del Contrato de Prestación de Servicios *

2024

8. Numero de Contrato *

425

9. Valor honorarios mensuales *

   2730000

CLASIFICACIÓN TRIBUTARIA

10. Informo que para la vigencia 2024, mis ingresos son generados por contratos de prestación de servicios personales, de acuerdo con los artículos 103 y 206 del E.T. Decreto 1625-2016 Art. 1.2.4.1.6 para ser considerados como rentas de trabajo y voy hacer uso del 25% de renta exenta, así mismo aplicar los beneficios como (Seg. Social, Int. de Vivienda, Int de Icetex, Medicina Prepagada, Dependiente Eco, AFC-Pensión Vol.) estipulados en el artículo 383 y 387 del E.T.

    En Caso de responder NO, entiendo que no se tendrán en cuenta los beneficios tributarios anteriormente mencionados y se aplicaran las tarifas generales del 10% o 11% dependiendo el concepto del articulo 392 E.T.
    (Para mayor información consultar el Decreto 2231 del 22 DIC de 2023)
    *

    - (●) SI
    - ( ) NO

11. Con el fin de clasificar el concepto y nivel de ingresos, responda las siguientes preguntas: *

	SI	NO
A) Durante el año gravable anterior (2023) los ingresos brutos totales provenientes de contratos de prestación de servicios con entidades Privadas, son iguales o superiores a las 3.500 UVT ($148.442.000).	○	◉
B)Durante el año gravable anterior (2023) los ingresos provenientes de contratos de prestación de servicios suscritos con el Estado fueron iguales o superiores 4.000 UVTS ($169.648.000).	○	◉
C) Durante el año gravable (2024) he celebrado con entidades privadas contratos por prestación de servicios superiores, a 3.500 UVT ($164.728.000).	○	◉

	SI	NO
D) Durante el año gravable (2024) he celebrado contratos por prestación de servicios con el Estado superiores 4.000 UVTS ($188.260.000).	○	◉

12. Según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT (código 53), mi Régimen de Impuesto sobre las Ventas es: *

No Responsable de IVA

13. Anexo copia Registro Único Tributario - RUT con fecha de generación 2024, (archivo PDF sin Contraseña). (Pregunta no anónima) *

RUT YOLANDA VARGAS.pdf

14. ¿Realiza aportes a pensión? *

◉ SI

○ NO

15. Su calificación del Riesgo Laboral - ARL, de acuerdo a la Minuta Contractual (Obligaciones Específicas del Contratista) corresponde a: *

Riesgo III

ALIVIOS TRIBUTARIOS

Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas ni caracteres especiales

16. ¿Realiza aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) Art. 126-4 del Estatuto Tributario? *

- ( ) Si (Anexar soporte de pago de AFC de manera mensual)
- (•) No

17. ¿Realiza Aportes Voluntarios a Pensión Diferentes a los Obligatorios Art. 126-1 del Estatuto Tributario? *

- ( ) Si (Anexar soporte de pago de Aportes Voluntario a pensión de manera mensual)
- (•) No

18. Durante la vigencia 2023 realizo pagos por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Préstamos para Adquisición de Vivienda o el Costo Financiero en un Contrato de Leasing de un bien inmueble destinado a vivienda del Contratista. . Art. 119 E.T - Art. 1.2.4.1.23 Decreto No. 1625 de 2016. *

- ( ) SI
- (•) NO

19. Durante la Vigencia 2023 realizo pagos por concepto de Intereses sobre préstamos educativos del Instituto Colombiano de Créditos Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior ICETEX -dirigidos para la educación superior del **contratista**, máximo 100 UVT ($4.706.500) Art. 119 E.T. *

- ○ SI
- ◉ NO

20. ¿Durante la vigencia 2023 Realizó pagos por concepto de Medicina Prepagada y/o Planes Adicionales de Salud del Contratista, Cónyuge, Hijos o Dependientes?. Art. 387 del Estatuto Tributario *

- ○ SI
- ◉ NO

21. ¿Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el Parágrafo 2 del Artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 1.2.4.1.18 del Decreto No. 1625 de 2016? *

- ○ SI
- ◉ NO

CONSTANCIA DE INFORMACION SUMINISTRADA

22. Se firma en la Ciudad de Bogotá D.C., el día *

12/4/2024

23. Al incluir el archivo Imagen con mi Firma, certifico bajo gravedad de juramento la veracidad de la información aquí registrada. (Pregunta no anónima) *

YOLANDA VARGAS.jpg

Microsoft 365

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