



Asistencia Virtual - Capacitación Power User

Información personal

1. Nombres *

Fabian

2. Apellidos *

Rodríguez gomez

3. Número de teléfono *

3505066085

4. Dirección de correo electrónico *

F1rodriguez@saludcapital.gov.co

5. Cargo *

Tecnólogo en sistemas

6. Autoriza el formulario como firma de la reunión *

 **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](#)