

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			CARLOS GIOVANY VELANDIA MURCIA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1022369629
CORREO ELECTRONICO:			CARLOVEMU@HOTMAIL.COM			CELULAR:		3103263850
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10J04	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			58550691220				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		341			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	18832	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TERAPEUTAS						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,736,150				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$23,709,420		
VALOR EJECUTADO						\$21,160,020		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,736,150		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,549,400		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						89%		
El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:								
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.								
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES		
1082638000	\$1,580,628	\$197,579	\$252,900	3	\$38,504	\$488,983		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA 52055407 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Despues de valoracion inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clínica.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones medicasy los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevo el registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institución
Participar en la programación de las actividades de la Subred	Participo en la programación de las actividades de la Subred.	Entrego registro fotográfico de la participación en la Reunión de rehabilitación (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro)
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	No aplica
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes.
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patologia requiera el paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las historias clinicas en Dinamica
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guias, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion.

Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades	"Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atencion"
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios "
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	No aplica	No aplica
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Revision de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las actividades y durante la entrega de turno
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Entrego pantallazo de la participación de LA REUNION DE REHABILITACION mes de JUNIO
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de MAYO
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Recibir la asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitacion
CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA 52055407 Supervisor		
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021		

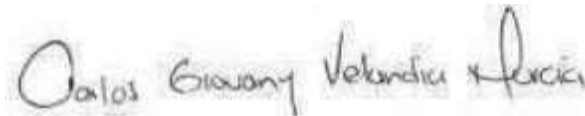
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 06/12
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBE A:

Carlos Giovany Velandia Murcia

C.C. 1.022.369.629 de Bogotá

La suma de \$ 5.736.150 (**Cinco millones setecientos treinta y seis mil, ciento cincuenta pesos MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como Terapeuta Respiratorio; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de **(Recién Nacidos)**. De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 341- 2026**



Carlos Giovany Velandia Murcia

C.C. 1.022.369.629 de Bogotá

Cel: 310 3263850

CUENTA DE AHORROS # 58550691220

Banco Bancolombia



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-07, 06:35:04 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	CARLOS GIOVANY VELANDIA MURCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022369629
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1082638000
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	372837209
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 541.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 218.900	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 42.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 541.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 541.800



MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO								
TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1022369629	VELANDIA	MURCIA	CARLOS	GIOVANY	2026-05	Famisanar	COTIZANTE
INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS								
EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS		DÍAS COMPENSADOS		TIPO AFILIADO		OBSERVACIÓN *	
Famisanar	05/2026		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	04/2026		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	03/2026		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	02/2026		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	01/2026		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	12/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	11/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	10/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	09/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
Famisanar	08/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
1 2 3 4 5 6 7 8 9							89 Registros en 9 Paginas	

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar

Descargar

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
Centro Empresarial Elemento
Código Postal 111071
Bogotá, D.C.

Atención presencial

Piso 16

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60
Línea gratuita nacional 01 8000 423 737
Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2026.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MAYO DE 2026.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO DE 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

Medellín, 22 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CARLOS GIOVANY VELANDIA MURCIA identificado(a) con C1022369629 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10223696292617355192



3aafe1c0-948f-4c3c-afa1-234fc85b2994

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Carlos Giovany Velandia Murcia

ha participado y aprobado el:

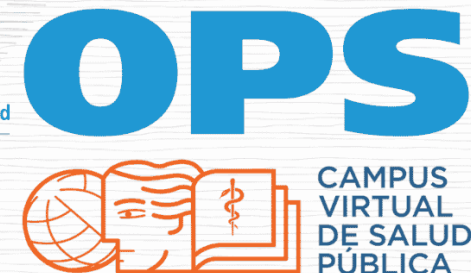
**Curso básico de prevención y control de
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 89,00 %

2 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





71b69db1-a76a-488c-bdff-375a004e5863

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Carlos Giovany Velandia Murcia

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

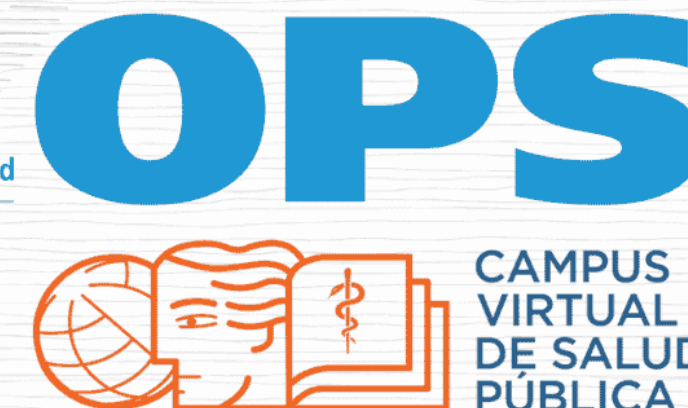
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

22 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



9:22

forms.cloud.microsoft

Pretest - Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará quince (15) preguntas relacionadas con el tema de la capacitación, esta evaluación tiene como objetivo identificar los conocimientos que trae sobre el tema y los adquiridos durante la jornada, de manera que podamos establecer la efectividad de la misma. **Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y elija la respuesta que considere correcta.**

Quando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

Datos del Participante

- Fecha de Diligenciamiento del Pretest *
- Número de Identificación (sin puntos, ni comas) *

4/6/2026

1022369629

Asistencia y Postest - Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

Quando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

Datos del Participante

- Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo *
- Tipo de Vinculación *

4/6/2026

☒ Planta
☐ Contrato/Ops
☐ Estudiante

11:36

forms.cloud.microsoft

Agradecemos la participación en EAC, y recuerda... Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio!

Cosas importantes que puede hacer a continuación

Ver resultados

Guardar mi respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Registro de eventos

¡Invita a personas, organiza eventos y crea contenido que sea relevante para tu equipo en 5 minutos!

Comenzar ahora

Comenzar ahora →

Microsoft 365

Microsoft Forms | Cuestionarios, cuestionarios y asistente con tecnología de inteligencia artificial. [Crea tu propio formulario](#)