

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA	Día	Mes	Año	
INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD						
NOMBRE CENTRO O PUESTO						
NIT						
CODIGO HABILITACION						
SEDE						
COORDENADAS	LATITUD:	LONGITUD:				
DIRECCIÓN / ZONA				TELÉFONO		
DATOS RESPONSABLE CENTRO O PUESTO DE SALUD						
NOMBRE				TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO				CELULAR		
TIPO DE ORDEN DE TRABAJO		EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO				
<input type="checkbox"/> Instalación	<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Reinstalación	<input type="checkbox"/> Internet Fijo	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Tablet	<input type="checkbox"/> Microfono
<input type="checkbox"/> Visita Técnica	<input type="checkbox"/> Reparación	<input type="checkbox"/> Retiro Equipos	<input type="checkbox"/> Internet Itinerante	<input type="checkbox"/> Computador	<input type="checkbox"/> Impresora	<input type="checkbox"/> UPS
CONDICIÓN DEL SITIO DONDE SE REALIZA LA INSTALACIÓN						
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
INVENTARIO DE EQUIPOS CENTRO O PUESTO DE SALUD						
EQUIPOS	MARCA	CANTIDAD	SERIAL	PLACA VALOR+	OBSERVACIONES	
Kit Satelital Starlink						
UPS						
RACK						
Televisor						
Computador						
Tablet						
impresora						
Microfono						
Vídeo Camara						
Antena Starlink Mini						
Maletín						
Power Bank						
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA						
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						
INFORMACIÓN ADICIONAL						
Cantidad de Dispositivos que se conectan al servicio de internet:		<input type="checkbox"/> PCs	_____	<input type="checkbox"/> Tablets	_____	
		<input type="checkbox"/> TVs	_____	<input type="checkbox"/> DVDs	_____	
CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO						
CONSTANCIA DE VISITA: Identificado(a) con CC: _____ expedida en _____ y obrando en mi cargo de _____ del centro o puesto de salud _____ me permito certificar que el personal técnico de la empresa Valor + S.A.S, realizó visita técnica. Además, certifico que el servicio de los componentes de la solución Salud Contigo fueron instalados y quedaron funcionando correctamente.						
AUTORIZACIÓN DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS						
Autorizo de manera expresa a VALOR+ S.A.S. para recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir mis datos personales con el propósito de acceder a los servicios de integración de procesos tecnológicos ofrecidos por la empresa. Esta autorización también se extiende a fines comerciales, contractuales, de mercadeo, publicidad, campañas informativas y promocionales. Asimismo, permito que dicha información pueda ser compartida con terceros aliados o proveedores de bienes y servicios, con el fin de ofrecer sus productos o soluciones a través de los canales autorizados por VALOR+ S.A.S.. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, declaro haber sido informado sobre mis derechos como titular de los datos.						
AUTORIZA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Para constancia se firma en _____ a _____ días del mes _____ de _____						
Responsable Centro o Puesto de Salud			Técnico Valor+ S.A.S			
Firma			Firma			
Nombre: _____ Cédula: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____ Cargo: _____			Nombre: _____ Cédula: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____ Cargo: _____			