
 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia		ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS SALUD CONTIGO CONTRATO No. 25IA131D2084			
DEPARTAMENTO		FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO					
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					
INVENTARIO DE EQUIPOS CENTRO O PUESTO DE SALUD					
<u>EQUIPOS</u>	<u>MARCA</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>SERIAL</u>	<u>PLACA VALOR+</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
Kit Satelital Starlink					
UPS					
RACK					
Televisor					
Computador					
Tablet					
Impresora					
Microfono					
Video Camara					
Antena Starlink Mini					
Maletín					
Power Bank					
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA					
INFORMACIÓN ADICIONAL					
Cantidad de Dispositivos que se conectan al servicio de internet: <input type="checkbox"/> PCs <input type="checkbox"/> Tablets <input type="checkbox"/> TVs					
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 ingregacion 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 Firma Nombre: _____ Cédula: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____ Cargo: _____			Técnico Valor+ S.A.S Firma Nombre: _____ Cédula: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____ Cargo: _____		