

**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**

- |   |                                     |   |  |                                     |                                    |                                    |
|---|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <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**

EQUIPOS	MARCA	CANTIDAD	SERIAL	PLACA VALOR+	OBSERVACIONES
Kit Satelital Starlink					
UPS					
RACK					
Televisor					
Computador					
Tablet					
Impresora					
Microfono					
Video Camara					
Antena Starlink Mini					
Maletín					
Power Bank					

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA**

Cantidad de Dispositivos que se conectan al servicio de internet:  PCs \_\_\_\_\_  Tablets \_\_\_\_\_  TVs \_\_\_\_\_

**CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO**

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.

Valor+ S.A.S., sociedad legalmente constituida, hizo entrega de los equipos relacionados, designada por la Secretaría de Salud de Antioquia, y en ese contexto se deja constancia de lo siguiente: En cumplimiento del contrato suscrito quien recibe los equipos confirma haber recibido los mismos en buen estado y a conformidad, asumiendo desde este momento la responsabilidad total por el buen uso, custodia y cuidado de estos. A partir de la entrega Valor+ S.A.S., queda exenta de toda responsabilidad relacionada con la custodia, uso, pérdida o daño de los equipos entregados. Quien los recibe se obliga a: el uso adecuado de los equipos, procurando mantenerlos en las mejores condiciones posibles, en caso de pérdida, daño o mal uso, realizar el reporte inmediato a la Secretaría de Salud de Antioquia, al finalizar deberá devolver los equipos recibidos en las mismas condiciones en que fueron entregados.

**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:  SI  NO

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Responsable Centro o Puesto de Salud**

**Firma**

Nombre: _____	Técnico Valor+ S.A.S
Cédula: _____	<b>Firma</b>
Celular: _____	
Correo Electronico: _____	
Cargo: _____	