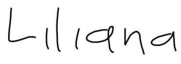


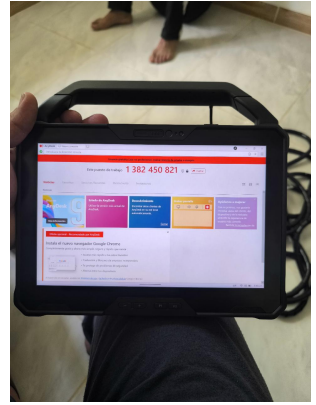
 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia		ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS SALUD CONTIGO CONTRATO No. 25IA131D2084				
DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año	
MUNICIPIO	Frontino		01	09	2025	
INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD						
NOMBRE CENTRO O PUESTO	E.S.E. Hospital Ma. Antonia Toro de Elejalde					
NIT	890906991					
CODIGO HABILITACION	528402170					
SEDE	Frontino					
COORDENADAS	LATITUD: 6.78079367 LONGITUD: -76.12651436					
DIRECCIÓN / ZONA	Hospital Maria Antonia Toro de Elejalde		TELÉFONO	3113300187		
DATOS RESPONSABLE CENTRO O PUESTO DE SALUD						
NOMBRE	Liliana Rojas		TELÉFONO	3113300187		
CORREO ELECTRÓNICO	urgencias@hospitalfrontino.gov.co		CELULAR	3113300187		
TIPO DE ORDEN DE TRABAJO			EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO			
☒ Instalación ☐ Traslado ☐ Reinstalación ☐ Internet Fijo ☐ TV ☒ Tablet ☐ Microfono ☐ Visita Técnica ☐ Reparación ☐ Retiro Equipos ☒ Internet Itinerante ☐ Computador ☐ Impresora ☐ UPS						
CONDICIÓN DEL SITIO DONDE SE REALIZA LA INSTALACIÓN						
Se entrega kit en hospital frontino						
INVENTARIO DE EQUIPOS CENTRO O PUESTO DE SALUD						
EQUIPOS	MARCA	CANTIDAD	SERIAL	PLACA VALOR+	OBSERVACIONES	
Kit Satelital Starlink						
UPS						
RACK						
Televisor						
Computador						
Tablet	DELL	1.0	395612325		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato	
impresora						
Microfono						
Video Camara						
Antena Starlink Mini	STARLINK	1.0	M1HT00868822		Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.	
Maletín	F. Nacional	1.0	NA		Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.	
Power Bank	KASE S710	1.0	R601ZAB7XGBU2121		Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA						
Se entrega kit en hospital de frontino						
INFORMACIÓN ADICIONAL						
Cantidad de Dispositivos que se conectan al servicio de internet: ☒ PCs <u>0</u> ☒ Tablets <u>1</u> ☒ TVs <u>0</u>						
CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO						
Liliana Rojas Identificado(a) con CC: <u>1038338741</u> expedida en <u>Frontino</u> y obrando en mi cargo de <u>Auxiliar administrativa</u> del centro o puesto de salud <u>hospital maria antonia toro de Elejalde</u> 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 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 <u>Frontino, Antioquia</u> a <u>01</u> días del mes <u>09</u> de <u>2025</u>						
 Responsable Centro o Puesto de Salud Firma			 Técnico Valor+ S.A.S Firma			
Nombre: <u>Liliana Rojas</u> Cédula: <u>1038338741</u> Celular: <u>3113300187</u> Correo Electronico: <u>urgencias@hospitalfrontino.gov.co</u> Cargo: <u>Auxiliar administrativa</u>			Nombre: <u>Camilo Balcazar</u> Cédula: <u>1036676328</u> Celular: <u>3027542271</u> Correo Electronico: <u>soporte@elephas.com.co</u> Cargo: <u>Tecnico</u>			



TRABAJO MALETIN-01/09/2025-10:24:35



TRABAJO POWER-01/09/2025-10:25:03



TRABAJO TABLET-01/09/2025-10:26:22