

**ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS SALUD
CONTIGO**
CONTRATO No. 25IA131D2084

DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO	Heliconia		18	09	2025

INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD

NOMBRE CENTRO O PUESTO	Hospital san rafael de heliconia				
NIT	890981074				
CODIGO HABILITACION	0000				
SEDE	Heliconia				
COORDENADAS	LATITUD:	6.20822323	LONGITUD:	-75.73262134	
DIRECCIÓN / ZONA	Heliconia		TELÉFONO	3128836739	

DATOS RESPONSABLE CENTRO O PUESTO DE SALUD

NOMBRE	Maria Patricia Agudelo	TELÉFONO	321521786
CORREO ELECTRÓNICO	Gerencia@esesanrafael-heliconia-antioquia.gov.Co	CELULAR	321521786

TIPO DE ORDEN DE TRABAJO

EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO

- | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Instalación | <input type="checkbox"/> Traslado | <input type="checkbox"/> Reinstalación | <input type="checkbox"/> Internet Fijo | <input type="checkbox"/> TV | <input checked="" 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

Entrega se dispositivo

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	5vp0574		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Impresora					
Microfono					
Video Camara					
Antena Starlink Mini					
Maletín					
Power Bank					

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

Entrega de dispositivo

INFORMACIÓN ADICIONAL

Cantidad de Dispositivos que se conectan al servicio de internet: PCs 0 Tablets 1 TVs 0

CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO

Maria Patricia Agudelo Identificado(a) con CC: 32240667 expedida en
 Envigado y obrando en mi cargo de Gerente del centro o puesto de salud Hospital san rafael de heliconia
 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 Heliconia, Antioquia a 18 días del mes 09 de 2025

Responsible Centro o Puesto de Salud

Firma

Nombre: Maria Patricia Agudelo	Nombre: CamiloBalcazar
Cédula: 32240667	Cédula: 1036676328
Celular: 321521786	Celular: 3027542271
Correo Electronico: Gerencia@esesanrafael-heliconia-antioquia.gov.Co	Correo Electronico: soporte@elephas.com.co
Cargo: Gerente	Cargo: Técnico

Técnico Valor+ S.A.S

Firma



TRABAJO TABLET-23/09/2025-14:33:02