

 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia		ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS CONTIGO ANTIOQUIA SALUD CONTRATO No. 25IA131D2084			
DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO	Arboletes		01	11	2025
INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD					
NOMBRE CENTRO O PUESTO	Pedro nel cardona				
NIT	890982134.0				
CODIGO HABILITACION	06				
SEDE	La trinidad				
COORDENADAS	LATITUD: 8.62648833 LONGITUD: -76.51069167				
DIRECCIÓN / ZONA	057829, Arboletes, Antioquia			TELÉFONO	3226054217
DATOS RESPONSABLE CENTRO O PUESTO DE SALUD					
NOMBRE	enilda bolaño			TELÉFONO	3226054217
CORREO ELECTRÓNICO	Enilda1991@hotmail.com			CELULAR	3226054217
TIPO DE ORDEN DE TRABAJO			EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO		
☒ Instalación ☐ Traslado ☐ Reinstalación ☐ Visita Técnica ☐ Reparación ☐ Retiro Equipos			☒ Internet Fijo ☒ TV ☐ Tablet ☒ Microfono ☐ Internet Itinerante ☒ Computador ☒ Impresora ☒ UPS		
CONDICIÓN DEL SITIO DONDE SE REALIZA LA INSTALACIÓN					
Buen estado					
INVENTARIO DE EQUIPOS CENTRO O PUESTO DE SALUD					
EQUIPOS	MARCA	CANTIDAD	SERIAL	PLACA VALOR+	OBSERVACIONES
Kit Satelital Starlink	STARLINK	1	4PBA02263276		Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.
UPS	POWEST	1	250514-88790022		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
RACK	LINKENPRO	1	00000000		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Televisor	SAMSUNG	1	5048XBJ1M197		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Computador	HP	1	8CN5230117		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Tablet					
Impresora	HP	1	THBTT5502P		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Microfono	LOGITECH	1	12887-01932		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Video Camara	LOGITECH	1	2437LVB1F289		Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Antena Starlink Mini					
Maletín					
Power Bank					
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA					
Instalacion de puesto de salud para telemedicina					
INFORMACIÓN ADICIONAL					
Cantidad de Dipositivos que se conectan al servicio de internet: ☒ PCs 2 ☒ Tablets 2 ☒ TVs 1					
CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO					
_____ enilda bolaño _____ Identificado(a) con CC: _____ 1033372799 expedida en _____ Arboletea _____ y obrando en mi cargo de _____ Auxiliar de enfermeria _____ del centro o puesto de salud _____ La trinidad _____ 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 Contigo Antioquia Salud 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 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: ☒ SI ☐ NO Para constancia se firma en _____ Arboletes, Antioquia _____ a _____ 01 _____ días del mes _____ 11 _____ de _____ 2025 _____					
 Responsable Centro o Puesto de Salud			 Técnico Valor+ S.A.S		
Firma			Firma		
Nombre:	enilda bolaño		Nombre:	Leonardo Restrepo	
Cédula:	1033372799		Cédula:	1128423272	
Celular:	3226054217		Celular:	3046383149	
Correo Electronico:	Enilda1991@hotmail.com		Correo Electronico:	Leorestrepo333@gmail.com	
Cargo:	Auxiliar de enfermería		Cargo:	Tecnico	



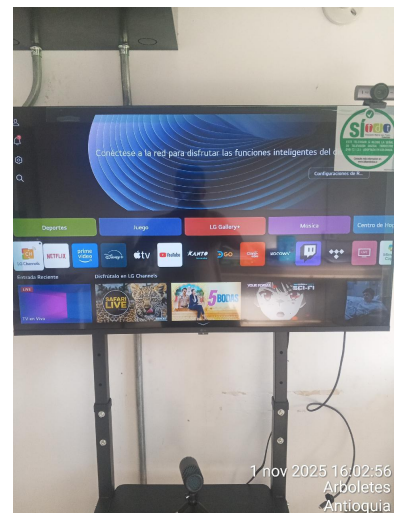
TRABAJO COMPUTADOR-01/11/2025-16:18:56



TRABAJO IMPRESORA-01/11/2025-16:20:14



TRABAJO MICROFONO-01/11/2025-16:21:00



TRABAJO PLACA TV-01/11/2025-16:18:14



TRABAJO RACK-01/11/2025-16:17:20



TRABAJO STARLINK-01/11/2025-16:15:54



TRABAJO UPS-01/11/2025-16:16:56



TRABAJO VIDEO CAM-01/11/2025-16:21:44