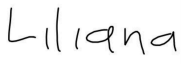


 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia		ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS CONTIGO ANTIOQUIA SALUD CONTRATO No. 25IA131D2084			
DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO	Frontino		01	09	2025
INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD					
NOMBRE CENTRO O PUESTO	E.S.E. Hospital Ma. Antonia Toro de Elejalde				
NIT	890096991				
CODIGO HABILITACION	528402170				
SEDE	Frontino				
COORDENADAS	LATITUD: 6.78083402 LONGITUD: -76.12650411				
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					
Entrega de tablet 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	395612341		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 tablet en hospital frontino					
INFORMACIÓN ADICIONAL					
Cantidad de Dipositivos que se conectan al servicio de internet: ☒ PCs <u>0</u> ☒ Tablets <u>1</u> ☒ TVs <u>0</u>					
CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO					
<u>Liliana Rojas</u> 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 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 <u>Frontino, Antioquia</u> a <u>01</u> días del mes <u>09</u> de <u>2025</u>					
 Responsable Centro o Puesto de Salud			 Técnico Valor+ S.A.S		
Firma			Firma		
Nombre: <u>Liliana Rojas</u>			Nombre: <u>Camilo Balcazar</u>		
Cédula: <u>1038338741</u>			Cédula: <u>1036676328</u>		
Celular: <u>3113300187</u>			Celular: <u>3027542271</u>		
Correo Electronico: <u>urgencias@hospitalfrontino.gov.co</u>			Correo Electronico: <u>soporte@elephas.com.co</u>		
Cargo: <u>Auxiliar administrativa</u>			Cargo: <u>Tecnico</u>		



TRABAJO TABLET-01/09/2025-10:43:13