

 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia		ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS CONTIGO ANTIOQUIA SALUD CONTRATO No. 25IA131D2084			
DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO	La Pintada		26	04	2026
INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD					
NOMBRE CENTRO O PUESTO	Hospital La Pintada				
NIT	811013792				
CODIGO HABILITACION	3				
SEDE	Hospital La Pintada				
COORDENADAS	LATITUD: 6.24 LONGITUD: -75.57				
DIRECCIÓN / ZONA	Calle 41 N° 52 – 28, Edificio Edatel, Piso 3 Sector Alpujarra.			TELÉFONO	3188258815
DATOS RESPONSABLE CENTRO O PUESTO DE SALUD					
NOMBRE	Edilma Natalia Lozano Ballesteros			TELÉFONO	3188258815
CORREO ELECTRÓNICO	harbgerencia@gmail.com			CELULAR	3188258815
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 realizada en oficinas de Valor+.					
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	55VZ594	X	Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
impresora					
Microfono					
Video Camara					
Antena Starlink Mini	STARLINK	1	KIT4M008174648PT	X	Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.
Maletín	F. Nacional	1	KIT4M008174648PT	X	Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.
Power Bank	KASE S710	1	X	X	Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA					
Entrega realizada en oficinas de Valor+.					
INFORMACIÓN ADICIONAL					
Cantidad de Dipositivos que se conectan al servicio de internet: ☒ PCs 0 ☒ Tablets 1 ☒ TVs 0					
CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO					
_____ Erika Moreno Florez _____ Identificado(a) con CC: _____ 43991313 _____ expedida en _____ ☒ y obrando en mi cargo de _____ Enfermera _____ del centro o puesto de salud _____ Hospital La Pintada _____ 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 _____ Medellín, Antioquia _____ a _____ 26 _____ días del mes _____ 04 _____ de _____ 2026 _____					
 Responsable Centro o Puesto de Salud			 Técnico Valor+ S.A.S		
Firma			Firma		
Nombre: Edilma Natalia Lozano Ballesteros			Nombre: Luis Fernando Vargas		
Cédula: 37520632			Cédula: 98660849		
Celular: 3188258815			Celular: 3017926377		
Correo Electronico: harbgerencia@gmail.com			Correo Electronico: Luis.Vargas@valormas.gov.co		
Cargo: Gerente			Cargo: Coordinador		



ESTADO ITINERANTE-2026//0426-17:29:18



TRABAJO ITINERANTE-2026//0426-17:30:00



ESTADO MALETIN-2026//0426-17:30:10



TRABAJO MALETIN-2026//0426-17:31:45



ESTADO POWER-2026//0426-17:31:51



TRABAJO POWER-2026//0426-17:35:58



TRABAJO STARLINK MINI-2026//0426-17:39:46



ESTADO TABLET-2026//0426-17:36:06



TRABAJO TABLET-2026//0426-17:36:39