

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

DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO	Ituango		09	01	2026

**INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD**

NOMBRE CENTRO O PUESTO	San juan de Dios		
NIT	8909808403		
CODIGO HABILITACION	Na		
SEDE	Hospital principal ituango		
COORDENADAS	LATITUD: 7.17729222	LONGITUD: -75.76443013	
DIRECCIÓN / ZONA	Ituango, Antioquia	TELÉFONO	3177866472

**DATOS RESPONSABLE CENTRO O PUESTO DE SALUD**

NOMBRE	Silvia mercedez lopera	TELÉFONO	3177866472
CORREO ELECTRÓNICO	Subdirecccionadmon@hospitalituango.gov.co	CELULAR	3177866472

**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 de 4 tablets con maleta

**INVENTARIO DE EQUIPOS CENTRO O PUESTO DE SALUD**

EQUIPOS	MARCA	CANTIDAD	SERIAL	PLACA VALOR+	OBSERVACIONES
Kit Satelital Starlink					
UPS					
RACK					
Televisor					
Computador					
Tablet	DELL	4.0		Na	Se deja en Centro de Salud al finalizar el contrato
Impresora			35R0574, 72Q0574, 1SQ0574, DVP0574		
Microfono					
Video Camara					
Antena Starlink Mini					
Maletín	F. Nacional	4.0	Na	Na	Se retirará por el contratista al finalizar el contrato.
Power Bank					

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA**

Entrega tablets Esto lo pones en la observación: Serial1: 35R0574 Serial2: 72Q0574 Serial3: 1SQ0574 Serial4: DVP0574

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Cantidad de Dispositivos que se conectan al servicio de internet:  PCs 0  Tablets 4  TVs 0

**CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO**

Silvia mercedez lopera Identificado(a) con CC: 21815471 expedida en  
 Ituango y obrando en mi cargo de Subdirector del centro o puesto de salud Hospital ituango  
 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 Ituango, Antioquia a 09 días del mes 01 de 2026

Silvia M.L

Responsable Centro o Puesto de Salud

Firma

Nombre: Silvia mercedez lopera  
 Cédula: 21815471  
 Celular: 3177866472  
 Correo Electronico: Subdirecccionadmon@hospitalituango.gov.co  
 Cargo: Subdirector

Técnico Valor+ S.A.S.

Firma

Nombre: JavierValencia  
 Cédula: 80253059  
 Celular: 3142544132  
 Correo Electronico: Javiercalet@gmail.com  
 Cargo: Técnico



ESTADO MALETIN-09/01/2026-13:39:14



TRABAJO MALETIN-09/01/2026-13:39:49



ESTADO TABLET-09/01/2026-13:39:58



TRABAJO TABLET-09/01/2026-13:40:22