
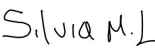

 GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia		ACTA DE ENTREGA ELEMENTOS TECNOLÓGICOS SALUD CONTIGO CONTRATO No. 25IA131D2084			
DEPARTAMENTO	Antioquia	FECHA	Día	Mes	Año
MUNICIPIO	Ituango		09	01	2026
INFORMACIÓN CENTRO O PUESTO DE SALUD					
NOMBRE CENTRO O PUESTO	San Juan de Dios				
NIT	8909808403				
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	Subdireccionadmon@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: <input checked="" type="checkbox"/> PCs <u>0</u> <input checked="" type="checkbox"/> Tablets <u>4</u> <input checked="" type="checkbox"/> TVs <u>0</u>					
CONDICIÓN FINAL DEL SERVICIO					
Silvia mercedez lopera Identificado(a) con CC: <u>21815471</u> expedida en <u>Ituango</u> y obrando en mi cargo de <u>Subdirector</u> del centro o puesto de salud <u>Hospital ituango</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 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 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: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Para constancia se firma en <u>Ituango, Antioquia</u> a <u>09</u> días del mes <u>01</u> de <u>2026</u>					
 Responsable Centro o Puesto de Salud Firma			 Técnico Valor+ S.A.S. Firma		
Nombre: <u>Silvia mercedez lopera</u> Cédula: <u>21815471</u> Celular: <u>3177866472</u> Correo Electronico: <u>Subdireccionadmon@hospitalituango.gov.co</u> Cargo: <u>Subdirector</u>			Nombre: <u>JavierValencia</u> Cédula: <u>80253059</u> Celular: <u>3142544132</u> Correo Electronico: <u>Javiercalet@gmail.com</u> Cargo: <u>Tecnico</u>		



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