En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_\_ horas, del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_, del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_, se reunieron en las instalaciones de la E.S.E. Departamental “Solución Salud” del municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, las siguientes personas:

|  |  |
| --- | --- |
| **EN REPRESENTACION DE LA ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD**  **QUIENES ENTREGAN:** | |
| NOMBRE GERENTE /  DIRECTOR CENTRO ATENCION |  |
| CEDULA CIUDADANIA |  |
| NOMBRE ALMACENISTA GENERAL |  |
| CEDULA CIUDADANIA |  |
| NOMBRE ALMACENISTA CENTRO ATENCION |  |
| CEDULA CIUDADANIA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **QUIEN RECIBE:** | |
| ENTIDAD |  |
| NIT |  |
| NOMBRE Y APELLIDO REPRESENTANTE LEGAL |  |
| CEDULA CIUDADANIA |  |
| CARGO |  |

A título de donación, los elementos dados de baja de los inventarios de la E.S.E. Departamental “Solución Salud” y que se encuentran en estado de inservible para la empresa, los cuales se relacionan a continuación, previa las siguientes consideraciones:

1. Que los bienes muebles inservibles, objeto de la presente entrega, fueron transferidos a título gratuito del dominio y la propiedad por parte de la E.S.E. Departamental “Solución Salud”, mediante la Resolución No.\_\_\_\_\_\_\_ del Día/Mes/Año.
2. Que en cumplimiento de lo dispuesto en la citada Resolución, los bienes muebles objeto de la transferencia fueron dados de baja de los registros contables de los inventarios de la E.S.E. Departamental “Solución Salud”, mediante documento de bajas de activos No.\_\_\_\_\_ de fecha Día/Mes/Año; y que se requiere efectuar la salida física de las bodegas de la E.S.E. Departamental “Solución Salud”.
3. Que la entidad que recibe los elementos, presta una función social y se encuentran legalmente constituida y reconocida de conformidad con los documentos previamente aportados y verificados por el área de almacén que hacen parte de la presente Acta.
4. Que el uso de los bienes en estado inservibles, que son entregados a título de donación, son únicamente para uso exclusivo del funcionamiento de la entidad que los recibe, en cumplimiento de misión institucional u objeto social, y que se comprometen a que por ningún motivo serán sometidos a ventas o ninguna transacción comercial.
5. Que los gastos que genere el cargue y descargue de los elementos entregados, así mismo los costos para su reparación o cualquier tipo de arreglo que tienda a la recuperación del bien para su puesta en funcionamiento serán a costa de la entidad que los recibe.
6. Que los elementos en estado inservible, objeto de la presente entrega, deben ser retirados dentro de los dos (2) días siguientes a la suscripción de la presente acta.

Leídas las consideraciones anteriormente expuestas y estando de acuerdo con cada una de ellas, se procede a continuación a relacionar los elementos en estado inservibles dados de baja, que serán entregados, a la entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PLACA** | **DESCRIPCION DEL ELEMENTO** | **SERIAL** | **CANT.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**QUIEN ENTREGA POR PARTE DE LA E.S.E. DEPARTAMENTAL “SOLUCIÓN SALUD”:**

(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE NOMBRE

GERENTE /DIRECTOR ALMACENISTA GENERAL

(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE

ALMACENISTA CENTRO ATENCION

**QUIEN RECIBE POR PARTE DEL (Nombre Entidad):**

:

(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE NOMBRE

GERENTE / DIRECTOR ALMACENISTA