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 obsolescencia para la empresa, los cuales se relacionan a continuación, previa las siguientes consideraciones:

1. Que los bienes muebles servibles no utilizados, 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, al (Nombre Entidad).
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 los costos que se causen por cualquier concepto en la transferencia del dominio y posesión de los bienes muebles, así como cargue, transporte y descargue de los mismos, correrán por cuenta del (Nombre Entidad).
4. Que los bienes muebles objeto de la transferencia se entregan en el estado de conservación en que se encuentran.
5. Que (Nombre Entidad), deberá incorporar a su registro contable los bienes objeto de la presente transferencia y enviar copia del respectivo acto administrativo de incorporación al área de Almacén de la E.S.E. Departamental “Solución Salud”.
6. Que los bienes muebles servibles que son entregados por la E.S.E. Departamental “Solución Salud”, estarán destinados de manera exclusiva al uso del (Nombre Entidad), de acuerdo con la justificación y necesidades descritas en su manifestación de interés.

Leídas las consideraciones anteriormente expuestas y estando de acuerdo con cada una de ellas, se procede a continuación hacer entrega de los elementos en estado servibles no utilizados por el Departamento del Meta, transferidos al (Nombre Entidad), de acuerdo con la siguiente descripción:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PLACA** | **DESCRIPCION DEL ELEMENTO** | **SERIAL** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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