

|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <b>HOJA DE VIDA DE DONACION</b> |                                 |  |
| Codigo: F-A-ALM-003                                                                               |                                 | Versión:001 26/07/2024          | Fecha de creación: 26/JUL/2024                                                      |
| <b>FECHA DE DONACIÓN</b>                                                                          |                                 | <b>DIA / MES / AÑO</b>          |                                                                                     |
| <b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE</b>                                                        |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>NOMBRE</b>                                                                                     |                                 | <b>PERSONA NATURAL</b>          | <b>PERSONA JURÍDICA</b>                                                             |
| <b>DONANTE ENTIDAD PRIVADA</b>                                                                    |                                 | <b>DONANTE ENTIDAD PUBLICA</b>  |                                                                                     |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>                                                                     | <b>CC / NIT / PA</b>            | <b>No. DOCUMENTO IDENTIDAD</b>  |                                                                                     |
| <b>DIRECCIÓN</b>                                                                                  |                                 | <b>TELÉFONO Y/O CELULAR</b>     |                                                                                     |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>                                                                         |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>SOPORTES DE LA DONACIÓN</b>                                                                    |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>IDENTIFICACIÓN DONANTE</b>                                                                     |                                 | <b>FACTURA O SU SIMILAR</b>     |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 | <b>ACTA ENTREGA DE DONACION</b> | <b>ACTA DE RECIBIDO DE DONACION</b>                                                 |
| <b>TIPO O LÍNEA DE DONACIÓN</b>                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>MEDICAMENTOS</b>                                                                               |                                 | <b>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b>     |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 | <b>EQUIPOS MÉDICOS</b>          |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 | <b>MOBILIARIO HOSPITALARIO</b>  |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 | <b>OTROS, ¿CUÁLES?</b>                                                              |
| <b>DESCRIPCION BREVE DE LA DONACION</b>                                                           |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>RELACIÓN DETALLADA DE LA DONACIÓN</b>                                                          |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>CANTIDAD</b>                                                                                   | <b>PRODUCTO/BIEN</b>            |                                 | <b>VALOR</b>                                                                        |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>VALOR TOTAL DE LA DONACIÓN</b>                                                                 |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>CERTIFICACIÓN DE LA DONACIÓN</b>                                                               |                                 |                                 |                                                                                     |
| <div><div></div><div></div></div>                                                                 |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>CONVALIDACIÓN DE LA DONACIÓN POR : SEGÚN APLIQUE CONTRALOR SUPERSALUD,O REVISOR FISCAL , O</b> |                                 |                                 |                                                                                     |
| <b>SIN SALVEDAD</b>                                                                               |                                 | <b>CON SALVEDAD</b>             |                                                                                     |
| <b>SALVEDAD:</b>                                                                                  |                                 |                                 |                                                                                     |
|                                                                                                   |                                 |                                 |                                                                                     |
| <div><div></div><div>FIRMA</div></div>                                                            |                                 |                                 |                                                                                     |
| <div><div>NOMBRE:</div><div>CARGO: SEGÚN APLIQUE CONTRALOR SUPERSALUD,O</div></div>               |                                 |                                 |                                                                                     |