

		ACTA DE RECIBIDO DE DONACIÓN							
Codigo: F-A-ALM-004		Versión:001 26/07/2024						Fecha de creación: 26/JUL/2024	
FECHA DE DONACIÓN				DIA / MES / AÑO					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE									
NOMBRE						PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA	
DONANTE ENTIDAD PRIVADA				DONANTE ENTIDAD PUBLICA					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CC / NIT / PA				No. DOCUMENTO IDENTIDAD			
DIRECCIÓN						TELÉFONO Y/O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO									
ENTIDAD BENEFICIARIA									
SOPORTES DE LA DONACIÓN									
IDENTIFICACIÓN DONANTE		FACTURA O SU SIMILAR				OTRO			
TIPO O LÍNEA DE DONACIÓN									
MEDICAMENTOS		DISPOSITIVOS MÉDICOS		EQUIPOS MÉDICOS		MOBILIARIO HOSPITALARIO		OTROS, ¿CUÁLES?	
RELACIÓN DETALLADA DE LA DONACIÓN									
CANTIDAD	PRODUCTO/BIEN					VALOR			
VALOR TOTAL DE LA DONACIÓN									
CERTIFICACIÓN DE LA DONACIÓN									