



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

5-2-21

Tom

Hor

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Cap. lapeteau	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 05-02-2021

Con destino a: Urgencias

Funcionario que hace la solicitud: Lilia Avarca

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
01	4 cajas	200	Tarabocas. y edad
02.	30.	30	N95
03.	8	8	Toallas papel
04.	1	1	Jabon
05	20+10	30	Batas Paciente.
06.	20+10.	30	Batas Bioseguridad
07	2	2	marcador Borrable
08	4	4	Pesma papel carta
09	12.	10	Batas Bioseguridad Para camilleros

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR Lilia Avarca



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión 3

Código FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia 01/08/2020

Documento Controlado

FECHA

04/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin Antezola

NOMBRE DEL SERVICIO

OTI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quimico	18	18
02	Botas	20	20
03	MAS mascarilla	18	18
04	Toner 5001	1	1
05	toner 502	1	1
06	Toner 503	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1041708268



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 04-02-21

Con destino a: NS.

Funcionario que hace la solicitud: Ana Diaz

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	3	3	Resma de papel carta
2	100	100	manilla azul adulto
3	20	20	Bata paciente.
4	50	50	Japabcos quirurgico
5	3	3	servilletas de papel

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR Ana Diaz



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

04 - febrero - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Garun Otero Veloso

NOMBRE DEL SERVICIO

Ecografías

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Pegua de Papel Carta	04	4
02	Batas	20	20
03	Gorros Betsu x	100	100
04	Tapas Boleros Rojas	01	50
05	N-95	15	15
06	Toallas	05	5
07	TONER 285A	01	01

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma
N. Identificación

Firma
N. Identificación

Firma
N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2
Vigencia
01/08/2020

FECHA

04/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Jorge Cesar Solano

NOMBRE DEL SERVICIO

Manifiesto

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	N 25	2	2
02	00001	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		7.704420700



SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN

FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO: QUIROFANO FECHA: 04/02/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	01	1	TONER 83A
02	02	2	RESMAS CARTA
03	100	100	MASCARILLAS
04	05	5	BOLIGRAFOS NEGROS
05	05	5	PAQUETES DE TOALLAS DESECHABLES
06	05	5	BOLIGRAFOS ROJOS
07	05	5	MARCADORES SHARPIE
08	05	5	LAPIZ NEGRO
09	05	5	BORRADORES

Arantxa Lora
RECIBIDO POR: _____
IZ NEGRO

AUTORIZADO POR: _____
ORG DE DESTINO: SALA
09 05 100

AUTORIZADO POR: _____
CANTIDAD PEDIDA: _____
CANTIDAD DESPACHADA: _____



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

04-02-21

NOMBRE SOLICITANTE

Ieylavillanueg

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapa Bocas	150	
2.	Gorros.	100	
3.	Batas para pacientes	20	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ieylavillanueg Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión

2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia

01/08/2020

FECHA

04-feb-2021.

NOMBRE SOLICITANTE

Wady S Ametá Gorman

NOMBRE DEL SERVICIO

Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	KIT	6.	
	N 95.	6.	
	batas.	6.	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Wady S Ametá
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.10441557.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

FECHA	03/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Cesar Ortega
NOMBRE DEL SERVICIO	PorteVia Principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	TAPA Bocas	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 3-2-21

Con destino a: 6.5045

Funcionario que hace la solicitud: Fulser

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	1	1	terceros.
2	20	20	N.95.
3	30.	30	MAMPILA COLOR 92VL.

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR Fulser



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

08/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Yainer Olacano

NOMBRE DEL SERVICIO

partenaria hospitalizada

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tabaco um casa	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación Yainer Olacano



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

FECHA	3-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Astrid Baweb
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Gel	No	No
	Tapabocas caja x 50	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Astrid Baweb
N. Identificación	N. Identificación	64915081



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA	03/07/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Arbudovaz
NOMBRE DEL SERVICIO	UCS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	10	20
02	Santas desechable	20	NO
03	WAS Mascavilla	16	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1041221268



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

3/02/07

NOMBRE SOLICITANTE

Orey Cardena

NOMBRE DEL SERVICIO

QCa.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapabocas	100	
	Baterías Triple.	2 Pares	
	Ones 48	1	
	Marcador Sharpie.	1	
	Bosuble	2.	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1047441048



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 2-2-21

Con destino a: Urgen

Funcionario que hace la solicitud: Pam AM

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	2	50	Tapabocas
2	100	10	bata de quirujan
3	100	100	Gorros
4	4	4	Resmas de Papel
/			

AUTORIZADO POR : _____

RECIBIDO POR [Signature]



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

FECHA

02/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Hugo Vergara

NOMBRE DEL SERVICIO

por tener urgencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapa bocas	50	50
02	Espejo Negro	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Hugo Vergara N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
 FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2
 Vigencia
01/08/2020

FECHA	02/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	José Gestela
NOMBRE DEL SERVICIO	Unidad Costera, Facturación y Auditoría Médica.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tepalcates x 50 unidades	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1.104.416.724 N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2
Vigencia
01/08/2020

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

02/01/2021
Jans Daniel Alvarado Ruiz
Instituto Central

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Quantes	1 caja	0
	caja gomas	1 caja	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión 2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia 01/08/2020

FECHA

02/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Orellana

NOMBRE DEL SERVICIO

QA.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tupabocas	1	
1	Lapicero.	1.	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Orellana
N. Identificación	N. Identificación	1042441048



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 1-02-2021

Con destino a: ORT

Funcionario que hace la solicitud: Lina Aurora

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
	5.45	10	Batas Pet.
	2.	2	anta enmascarada

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR Lina A



SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN

FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

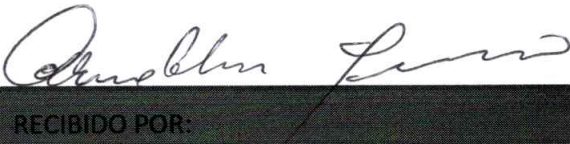
ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO: _QUIROFANO_____ FECHA: 01/02/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	100	100	GORROS
02	100	100	POLAINAS
03	100	100	MASCARILLAS
04	20	20	SABANAS DESECHABLES
05	03	—	PAQUETES DE TOALLAS DESECHABLES

AUTORIZADO POR:

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: 



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
 FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
 2
 Vigencia
 01/08/2020

FECHA: 01 / feb / 2021
 NOMBRE SOLICITANTE: Oscar A. ...
 NOMBRE DEL SERVICIO: UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	10	10
02	30 kg Bolsa Pedras	15	15
03	Bolsa Deter. Hig.	15	15
04	Toda Papel	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	104572228



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
 FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2
 Vigencia
01/08/2020

FECHA

01/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Fein Antuvalaga

NOMBRE DEL SERVICIO

UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas	10	10
02	WAT	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1045726288



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
 FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2
 Vigencia
01/08/2020

FECHA
 NOMBRE SOLICITANTE
 NOMBRE DEL SERVICIO

01/02/2021
[Handwritten Signature]

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
10	hojas de papel	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>[Handwritten Signature]</i>



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

01/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Cristian Mercado Osorio

NOMBRE DEL SERVICIO

Rayos X

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Uniformes de Bioseguridad.	10	10
	Tapabocas Nas.	10	10.
	Batas Ox.	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1102123639.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA	01 - febrero / 21
NOMBRE SOLICITANTE	Karen Jureta N
NOMBRE DEL SERVICIO	Admi, farmac ur Hos, Rec, Contr, Sion,

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Cable boxes	7	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación 1104410.165



E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 01-02-2021

Con destino a: urgencias

Funcionario que hace la solicitud: Lia Acuña

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
	1 caja	1 caja	Tafabocad.
	10.	10.	N95

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR Lia Acuña



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

04/04/2021
Silvia Padella
Corazón

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Cadena 2000 03000	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
<p>Firma </p> <p>N. Identificación 10899428</p>	<p>Firma</p> <p>N. Identificación</p>	<p>Firma</p> <p>N. Identificación</p>