	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	08-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	leyla villanueva
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapa Bocas.	150.	150.
2.	Resma de papel carta	2.	2.
3.	Batas para pacientes	10.	10
4.	Removedor	1.	1.
5.	Toalla desechables	0	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma leyla villanueva
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

	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	08/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barbosa
NOMBRE DEL SERVICIO	2. transfusional

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Cga de tupa Socar x 50	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Diana Barbosa N. Identificación

	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	08/feb/21
NOMBRE SOLICITANTE	Karin Aedh N
NOMBRE DEL SERVICIO	Administrativo Farm, Urgen, Hosp, Fort Cose. PAT, CONTRA, SIAG

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla Caja bocs x50	8	8

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

	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	08/Feb/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Karen Acuña Navarro
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas desechables	4	4
2	Borros	NO	NO

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

	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	8 de febrero de 2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Harly Arguimedes.
NOMBRE DEL SERVICIO	Gerencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
001.	Tapabocas N95	7	7

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

	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	08/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Arbulú
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	6	6
02	Batas	6	6
03	N95	6	6

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

	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	08-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Fredy Mieles Ortega
NOMBRE DEL SERVICIO	ORientador y seGuridad

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas N95	12	12
02	Batas	12	12
03	Overol	2	NO
04	Fas	1	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N° Identificación	Firma Nombre y Apellido	Firma Nombre y Apellido

	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	
NOMBRE SOLICITANTE	Conductores
NOMBRE DEL SERVICIO	08/07/2021

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
5	Botas	5	5
1	Caja de tapa Bocas x 50	1	1

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

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN

FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO:__QUIROFANO_____ FECHA: 08/02/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	01	1	TONER 83A
02	100	100	GORROS
03	150	150	MASCARILLAS
04	03	0	PAQUETES DE TOALLAS DESECHABLE
05	02	0	ATRILES
06	05	0	TALCOS
07	01	0	Tampon de cuello Sisner
08	100	100	Polainas
09	05	05	Sobres de manila

Candelaria Moreno

RECIBIDO POR:

AUTORIZADO POR:

AUTORIZADO POR:

	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	09/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenifer [illegible]
NOMBRE DEL SERVICIO	Coordinación Enfermería

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapaboca, Caja x 50	1	1
2.	N95	15	15

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

	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	09/02/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Lenit Ortiz Roiz.
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Toallitas	100.	100
2.	paquete de guantes	1.	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Lenit Ortiz Roiz.
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 AL ALMACÉN

Fecha: Febrero - 9 de: 2021

Funcionario que hace la solicitud: Eliana M. Alvarez L.

Con destino al Organismo: S. de Alimentación

Municipio San Marcos - S.

No. Orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	DETALLE
1	1	50	Tapa boca
2	2	2	Resma de papel - carta
3	2	2	Resaltador.

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Eliana M. Alvarez.

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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 9-02-2021

Con destino a: UCI

Funcionario que hace la solicitud: Ilva Acuña

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
01	1 caja	50	Tapabocas
02	20.	10	Batas Bioseguridad.
03	20.	20	N95
04	2.	2	Cinta enmascarar.
05	1 caja.	1	Grapas
06	2.	2	Resma Papel. carta.
07	10.	10	Bata Paciente.

AUTORIZADO POR : _____ **RECIBIDO POR** Ilva Acuña

	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	09-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Anthelio Palomino Soto
NOMBRE DEL SERVICIO	Fact- Cartera- Auditoria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Caja tapabocas x 50	1	1

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

	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	9-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	[illegible]
NOMBRE DEL SERVICIO	[illegible]

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla N95	5	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma 1104 417 936 N. Identificación

	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	09/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennyffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Mascarilla N95	15	15
	Kit Quirurgicos	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1064726258

	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	09/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	David Suberiche
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	E.P.P Quik Reanimo	5	5
2	Tubos N 95	5	5
3	" " Normal	50	50

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

	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	09/Feb/21
NOMBRE SOLICITANTE	Karen Anette M
NOMBRE DEL SERVICIO	S. Generales / Inducción EPP Covid.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kit de covid	1	1
2	Kimt	1	1
3	N95	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 165

	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 Antrualuaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	tit Quirurgico	15	15
02	N95 Mascarilla	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1042722488 N. Identificación

	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	9/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Sindy tologe. fustes.
NOMBRE DEL SERVICIO	Pre triage.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	bata	1	1
	Mascarilla N95	1	1.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación 1129540592.

	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	10/02/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Sucely Tobar
NOMBRE DEL SERVICIO	Dir. Trige.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Telaoscorilla N95	1	1.
1	Bata	1	1.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1120540542.

	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	10 - 2 - 2024
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Alian.
NOMBRE DEL SERVICIO	Cons. Externa

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	botas	10	10

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

	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	10/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Antonio Luaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	17	17
02	N95 Mascarilla	17	17

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1047272288

	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	10/feb/21
NOMBRE SOLICITANTE	Karen Aguilar
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas desechables	12	12
			12

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104440165

	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	10/02/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Sinde Folga.
NOMBRE DEL SERVICIO	Pre triage

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3	botas	3	3.
3	Mascarillas N95	3	3.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 112951052.

	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	10-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Wilman Monterroza
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	4 tapabocas x 50	2	2

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

	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	10-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Rechel Pineda
NOMBRE DEL SERVICIO	C. Ext.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Lapiceros Negros	12	12
2	Tapabocas x50	8 cof	8 cof.

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

	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	10/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Felipe Arenita
NOMBRE DEL SERVICIO	Cuesta Principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
05	Paquetes de toallas	05	5
01	gel antibacterial x Tarro	01	1
01	Caja de tapabocas x 50	01	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1102864463

	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	10/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julio Solano
NOMBRE DEL SERVICIO	Mantenimiento

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Nas Mascarilla	7	7
02	Tapabocas	7	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.704420700

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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 10-02-21

Con destino a: Almacen

Funcionario que hace la solicitud: Karen Hernandez Delfogar.

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	20	20	tapabocas pqs.
2	2 cajas.	2 caja	tapabocas Quirurgicos x 50
3	1 s	NO	Planillas Azules :
4	1 s.	NO	planillas Amarillas
5	1 s.	NO	Planillas Rojas
6	20	NO	Batas Blancas Manga larga
7	20.	NO.	Batas Azules Quirurgicas
8	1.	0	Jabon Galones
9.	1	1.	toallas de papel.
10.	-4-	4.	Guardianes de Seguridad.
11	2	2	Resma de papel carta

AUTORIZADO POR : _____ **RECIBIDO POR** Ana Diaz.

E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
EN INTERVENCIÓN NIT. 800.191.643-6

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN MARCOS - SUCRE

SOLICITUD DE PEDIDO AL ALMACÉN

Fecha: 10-febrero de: 2021

Funcionario que hace la solicitud: Aidi Yeney Angulo Pérez

Con destino al Organismo: Archivo

Municipio: San marcos -

No. Orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	DETALLE
1	1	10	Grapadora -
1	1	50	Tapabocas -

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Aidi Yeney Angulo.

	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	11/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvia Padilla
NOMBRE DEL SERVICIO	Consultorio Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Toppabocas Desechables	50	50
02	Batas Desechables	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 10877428

	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	11/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kelin Antabaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	02	02
02	Vas Mas Larga	02	02
03	Batas Desechable	30	30

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

	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	11 - febrero - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Eosin Otero Vilorio
NOMBRE DEL SERVICIO	Ecografia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	N. 95 -	15	15
02	cajas toma bora	01	50
03	Batas desechables	15	15

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

	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	11-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	Mena Acosta
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalizacion.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Toallas papel	6	6
2	cinta de enmascarar.	4	4
3	Manillas Azul pediatrica	20	0
4	Marcador borrable	4.	4
5	Toner. 284	1	1
6	Batas paciente	10	10
7	Tapabocas	100	100

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Mena Acosta. Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

	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	11/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Edith Arriola
NOMBRE DEL SERVICIO	CEF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bolla papel	5	5
02	Resma papel Carta	1	1
03	Tapa sacos / Desechable	50	50

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

	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	12/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez.
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas. Caja x 50	1	1
02	Resma Papel carta	1	1
03	Papel Higienico	6	6
04	Toallas de Papel	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO

1004426238

	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	12/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas N95	15	15
02	Kit Quirurgico.	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104926238

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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 12-02-21

Con destino a: Urgencia

Funcionario que hace la solicitud: Maria Camacho

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	-1-	NO	Gasa x Rollo
2	-8-	8	Toallas de Papel
3	-4-	4	Baterias 3A
4	-100-	100	Mamillas Azules Adulto
5	-50-	50	Mamillas Amarillas Adulto
6	-50-	50	Mamillas Rojas Adulto
7	-20-	20	Mamillas Niño Azul
8	-20-	20	Mamillas Niña
9	-20-	20	Batas quirurgicas Manga larga
10	-30-	30	Mascarilla N-95
11	-200-	200	Mascarilla Clca
12	-4-	4	Marcadores borrables
13	6	6	Resma tamaño Carta

AUTORIZADO POR : _____ **RECIBIDO POR** SILVIAN.