



FECHA

08/08/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Team Andrago

NOMBRE DEL SERVICIO

UCE de H

| ÍTEM | DETALLE          | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------------|---------------------|---------------------|
| 01   | NAS Mascara      | 12                  | 12                  |
| 02   | Gafas Desechable | 12                  | 12                  |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |

| 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

Código  
FR-GRF-001

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

04/08/2021  
Daniel Plantines  
Olay Torres 4

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------|---------------------|---------------------|
| 01   | bañas   | 6                   | 6                   |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |

| AUTORIZADO        | DESPACHADO | RECIBIDO          |
|-------------------|------------|-------------------|
| Firma             |            | Firma             |
| N. Identificación |            | N. Identificación |

*[Handwritten signature]*



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

24/08/2021

NOMBRE SOLICITANTE

LEONARDO MORALES 799

NOMBRE DEL SERVICIO

UCR Adulto

| ÍTEM | DETALLE         | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 01   | Kit Obinur GCA  | 12                  | 12                  |
| 02   | Palla papel     | 3                   | 3                   |
| 03   | lapiceros negro | 1                   | 1                   |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |

| 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**

VIGENCIA  
01/01/2021

Código  
FR-GRF-001  
Documento  
Controlado

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| <b>FECHA</b>               | 04/03/2021   |
| <b>NOMBRE SOLICITANTE</b>  | Pablo Zolano |
| <b>NOMBRE DEL SERVICIO</b> | Plantel      |

| ÍTEM | DETALLE        | CANTIDAD<br>DESPACHADA |
|------|----------------|------------------------|
| 01   | NGT mascarilla | 7                      |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |
|      |                |                        |

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>AUTORIZADO</b> | <b>DESPACHADO</b> | <b>REBIBIDO</b>   |
| Firma             | Firma             | Firma             |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |
|                   |                   | 7.704420700       |



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

**NIT. 800.191.643-6**

**SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN**

Fecha: 4-3-21

Con destino a: HOSPITALIZACIÓN.

Funcionario que hace la solicitud: SILVIA N.

| N orden      | Cantidad Pedida | Cantidad Despachada | Detalle             |
|--------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 1            | 2               | 2                   | CAJA DE CARYREBOCAS |
| <del> </del> |                 |                     |                     |

AUTORIZADO POR : \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR SILVIA N.



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               | 4/03/2021  |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Fuery Yeny |
| NOMBRE DEL SERVICIO | C. Externa |

| ÍTEM | DETALLE           | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 1.   | Bota para pte     | 20                  | 20                  |
| 2    | Batas manga larga | 20                  | 20                  |
| 3    | Tapabocas         | 50                  | 50                  |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |

| AUTORIZADO        | DESPACHADO        | RECIBIDO       |
|-------------------|-------------------|----------------|
| Firma             | Firma             | <i>[Firma]</i> |
| N. Identificación | N. Identificación |                |



**SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN**

**FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO**

**ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL**

**SERVICIO: \_QUIROFANO\_\_\_\_\_ FECHA: 04/03/21**

| N° | CANTIDAD PEDIDA | CANTIDAD DESPACHADA | INSUMOS QUIRURGICOS |
|----|-----------------|---------------------|---------------------|
| 01 | 150             | 150                 | MASCARILLAS         |
| 02 | 05              | 5                   | CINTAS MASKIN       |
| 03 | 04              | 4                   | TOALLAS DE PAPEL    |
| 04 | 10              | 10                  | SABANAS DESECHABLES |
| 05 | 01              | 10                  | RECARGA DE JABON    |
| 06 | 01              | 1                   | TONER 83A (1105 A)  |
| 07 | 01              | 01                  | RESMA Corta         |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |
|    |                 |                     |                     |

AUTORIZADO POR:

*Gardelino Lora*



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

04-03-21

NOMBRE SOLICITANTE

SILVIA MIEBLES.

NOMBRE DEL SERVICIO

DULCIFICACIÓN

| ÍTEM | DETALLE                  | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| 1    | PATA PARA PACIENTES.     | 30.                 | 20                  |
| 2    | BOMBOS PARA PACIENTES.   | 30.                 | 1 30/59             |
| 3    | DELANTAS PARA PACIENTES. | 30 PARES.           | 50                  |
| 4    | CU                       |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |
|      |                          |                     |                     |

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

SILVIA MIEBLES

N. identificación

N. identificación

N. identificación





|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| FECHA               | 4-3-21            |
| NOMBRE SOLICITANTE  | SILVIA NIÑERES N. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | QUIRURGICA.       |

| ÍTEM | DETALLE                    | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------------------|---------------------|---------------------|
| 1    | BATA PARA PACIENTES.       | 30.                 | 30                  |
| 2    | MANIJAS AZUL DE ADULTO.    | 50                  | 20                  |
| 3    | MANIJAS ROJA DE ADULTO.    | 50.                 | 20                  |
| 4    | MANIJAS AMARILLA DE ADULTO | 50.                 | 20                  |
| 5.   | GORROS                     |                     | 1                   |
| 6    | CUBREBUCAS.                | 50 UND.             | 50                  |
| 6    | 1 MARCADOR BOMBAJE.        | 1                   | 1                   |
| 7    | 1 CITARTE PAPEL.           | 1                   | 1                   |
| 8    | 1 CAJA DE GRAPA            | 1                   | 1                   |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |

| AUTORIZADO         | DESPACHADO         | RECIBIDO           |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Fecha              | Fecha              | SILVIA NIÑERES N.  |
| 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

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

14/09/21

Mrs. Fern.

Maternidad

| ÍTEM | DETALLE             | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1    | Batas para paciente | 10                  | 10                  |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |
|      |                     |                     |                     |

| AUTORIZADO        | DESPACHADO        | RECIBIDO          |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Firma             | Firma             | Firma             |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |



|                     |              |
|---------------------|--------------|
| FECHA               | 04/03/21     |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Emily Prosa. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Ambulancia   |

| ÍTEM | DETALLE         | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 2    | Tarpabocas eq 9 | 2                   | 2                   |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |

| AUTORIZADO        | DESPACHADO        | RECIBIDO                        |
|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| Firma             | Firma             | Firma<br>                       |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación<br>1100081258 |



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

03/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin Andrés Vargas

NOMBRE DEL SERVICIO

UCS Adm / B

| ÍTEM | DETALLE            | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|--------------------|---------------------|---------------------|
| 01   | Kit Quirúrgico     | 16                  | 16                  |
| 02   | W 95 mascarilla    | 16                  | 16                  |
| 03   | Desmañ papel carta | 1                   | 1                   |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |

| AUTORIZADO        | DESPACHADO        | RECIBIDO          |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Firma             | Firma             | Firma             |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |



|                     |             |
|---------------------|-------------|
| FECHA               | 03/03/2021  |
| NOMBRE SOLICITANTE  | DOSMS GARCA |
| NOMBRE DEL SERVICIO | urgencia    |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------|---------------------|---------------------|
| 1    | Gornos  | 200                 | 200                 |
| 2    | Batas   | Nº                  | Nº                  |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |

| AUTORIZADO        | DESPACHADO        | RECIBIDO                  |
|-------------------|-------------------|---------------------------|
| Firma             | Firma             | Firma<br><i>ICIA HUAN</i> |
| 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: 03/03/2021

Con destino a: Hospitalización

Funcionario que hace la solicitud: Luis Ortiz Rojas

| N orden | Cantidad Pedida | Cantidad Despachada | Detalle           |
|---------|-----------------|---------------------|-------------------|
| 1       | 50              | 50                  | Tapeadoras        |
| 2       | 3               | 3                   | Cinta de enmarcar |
| 3       | 1               | 1                   | Tonner SBA        |
| 4       | 3               | 3                   | Lapiceros negros  |
| 5       | 1               | 1                   | MarCADor femenino |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |
|         |                 |                     |                   |

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR: Luis Ortiz Rojas





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
2

Vigencia  
01/08/2020

FECHA

02/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Onsthan Mercado O.

NOMBRE DEL SERVICIO

Rayos X.

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

CANTIDAD  
DESPACHADA

fapaboca N95.

10

10.

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

1102123639.





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión

2

Vigencia

01/08/2020

FECHA

02/03/21

NOMBRE SOLICITANTE

Sindy Toledo

NOMBRE DEL SERVICIO

Urgencia

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

CANTIDAD  
DESPACHADA

1

50 kg desechable.

2.

1.

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

RECIBIDO



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión

1

Código

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS A FARMACIA

Fecha vigencia

1/09/2020

FR-SF-16

Fecha:

2/3/2021

SOLICITADO POR:

Alina Otalora Ruiz

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

Unidad Respiratoria

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

| No. Orden | DETALLE              | Cantidad Solicitada | Cantidad Dispensada |
|-----------|----------------------|---------------------|---------------------|
| 1         | Epp. 654 Quirúrgica. |                     | 10                  |
| 2         | Tapabocas N95.       |                     | 10                  |
| 3         |                      |                     |                     |
| 4         |                      |                     |                     |
| 5         |                      |                     |                     |
| 6         |                      |                     |                     |
| 7         |                      |                     |                     |
| 8         |                      |                     |                     |
| 9         |                      |                     |                     |
| 10        |                      |                     |                     |
| 11        |                      |                     |                     |
| 12        |                      |                     |                     |
| 13        |                      |                     |                     |
| 14        |                      |                     |                     |
| 15        |                      |                     |                     |
| 16        |                      |                     |                     |
| 17        |                      |                     |                     |
| 18        |                      |                     |                     |
| 19        |                      |                     |                     |
| 20        |                      |                     |                     |

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión

1

Código

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS A FARMACIA

Fecha vigencia

01/09/2020

FR-SF-16

Fecha: 02-03-21

SOLICITADO POR: *[Signature]*

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: *[Signature]*

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

| No. Orden | DESCRIPCION      | Cantidad Solicitada | Disponible |
|-----------|------------------|---------------------|------------|
| 1         | Tapaboca. Cpa    | 2                   | 2          |
| 2         | bata quirurgica. | 10                  | NO         |
| 3         | Pocama.          | 7                   | NO         |
| 4         | Gorro.           | 1                   | NO         |
| 5         | Woner.           | 1.                  |            |
| 6         |                  |                     |            |
| 7         |                  |                     |            |
| 8         |                  |                     |            |
| 9         |                  |                     |            |
| 10        |                  |                     |            |
| 11        |                  |                     |            |
| 12        |                  |                     |            |
| 13        |                  |                     |            |
| 14        |                  |                     |            |
| 15        |                  |                     |            |
| 16        |                  |                     |            |
| 17        |                  |                     |            |
| 18        |                  |                     |            |
| 19        |                  |                     |            |
| 20        |                  |                     |            |

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

*[Signature]*



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

**NIT. 800.191.643-6**

**SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN**

Fecha: 02-03-21

Con destino a: Unificación

Funcionario que hace la solicitud: Alicia Caceres

| N orden | Cantidad Pedida | Cantidad Despachada | Detalle                |
|---------|-----------------|---------------------|------------------------|
| 1       | 100             | 100                 | tapabocas Ocos         |
| 2       | 20              | 20                  | Bata Oca manga larga   |
| 3       | 3               | 3                   | Cinta para unificación |
| 4       | 1               | 1                   | Grapas + Gaja.         |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |
|         |                 |                     |                        |

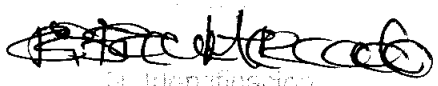
AUTORIZADO POR :

RECIBIDO POR



|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| FECHA               | 02/03/2021         |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Cristian Mercado D |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Rayos X            |

| ÍTEM | DETALLE          | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------------|---------------------|---------------------|
|      | Kits Qx.         | 10                  | 10                  |
|      | Papel Higienico. | 2                   | 2.                  |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO   |
|------------|------------|--|
|            |            | <br>Cristian Mercado<br>C.I. Identificación<br>1102123659 |



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               | 02/03/21         |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Jennifer Alvarez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio      |

| ÍTEM | DETALLE            | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|--------------------|---------------------|---------------------|
|      | Cinta transparente | 1                   | 1                   |
|      | Papel higienico    | 6 no                | 6 no                |
|      | Toallas de Papel   | 4                   | 4                   |
|      | Tapabocas          | 1 caja              | 1 caja              |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |
|      |                    |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO       |
|------------|------------|----------------|
|            |            | <br>1104/26238 |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión

2

Vigencia

01/08/2020

FECHA

02-03-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Isabella Palacios

NOMBRE DEL SERVICIO

Facharm - Auditoria - Corte

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

CANTIDAD  
DESPACHADA

01 Caja topesoces

1

1

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

*[Faint signature]*  
NOMBRE

*[Faint signature]*  
NOMBRE

*[Handwritten signature]*  
NOMBRE



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

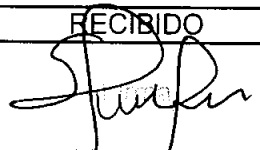
NOMBRE DEL SERVICIO

02/03/21

Shirley Toledo Flores

Ambulancia

| ÍTEM | DETALLE          | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------------|---------------------|---------------------|
| 1    | Dist. Ambulancia | 1                   | 1                   |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |
|      |                  |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO   |
|------------|------------|--|
|            |            | <br>10 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

02/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

*[Signature]*

NOMBRE DEL SERVICIO

Ampliación

| ÍTEM | DETALLE        | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------|---------------------|---------------------|
| 3    | Kit Quirúrgico | 3                   | 3                   |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |
|      |                |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO           |
|------------|------------|--------------------|
|            |            | <i>[Signature]</i> |



|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| FECHA               | 01/03/2021      |
| NOMBRE SOLICITANTE  | LENE ORTIZ RUIZ |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Hospitalización |

| ÍTEM | DETALLE   | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-----------|---------------------|---------------------|
| 1    | Tapabocas | 1 caja              | 1                   |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |
|      |           |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO        |
|------------|------------|-----------------|
|            |            | LENE ORTIZ RUIZ |



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               | 1-3-21     |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Ilia Acuña |
| NOMBRE DEL SERVICIO | urgencias. |

| ÍTEM | DETALLE           | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|
|      | Batas Bioregonaol | 1 Paq               | 10                  |
|      | N95               | 15                  | 15                  |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO                 |
|------------|------------|--------------------------|
|            |            | Ilia Acuña<br>1005550566 |



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

01-03-2021  
Esson Oro Victoria  
Geografía

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------|---------------------|---------------------|
| 01   | N. 95   | 15                  | 15                  |
| 02   | Batas   | 15                  | 15                  |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |

| AUTORIZADO               | DESPACHADO               | RECIBIDO            |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <i>(Faint signature)</i> | <i>(Faint signature)</i> | <i>(Signature)</i>  |
| <i>(Faint text)</i>      | <i>(Faint text)</i>      | <i>(Faint text)</i> |



|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| FECHA               | 01/03/2021       |
| NOMBRE SOLICITANTE  | DANIEL ROBLES C. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | RAYOS X          |

| ÍTEM | DETALLE           | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 06   | BATAS DESECHABLES | 06                  | 06                  |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |

|            |            |          |
|------------|------------|----------|
| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|            |            |          |



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

01-03-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Leidy Pérez

NOMBRE DEL SERVICIO

C. Exl

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------|---------------------|---------------------|
| 1    | Balas   | 5                   | 5                   |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |
|      |         |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|------------|------------|----------|
|            |            |          |



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               | 01-03-21     |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Yanira Troya |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Triage       |

| ÍTEM | DETALLE           | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 1    | Batas desechables | 7                   | 7                   |
| 2    | Tapabocas         | 7                   | 7                   |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |
|      |                   |                     |                     |

|            |            |           |
|------------|------------|-----------|
| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO  |
|            |            | Yanira T. |



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 01-03-2021

Con destino a: Campesino

Funcionario que hace la solicitud: Lilia Acosta

| N orden | Cantidad Pedida | Cantidad Despachada | Detalle             |
|---------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 01      | 12              | 12                  | Batas bioseguridad. |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |
|         |                 |                     |                     |

AUTORIZADO POR : \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR Lilia Acosta





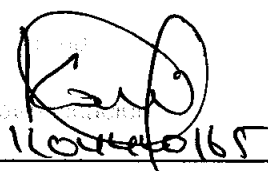
FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

01/ Mayo / 21  
Karu Andrey D  
Administración

| ÍTEM | DETALLE         | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 1    | Tapabocas @ opa | 6                   | 6                   |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |
|      |                 |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO  |
|------------|------------|---|
|            |            |  |



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

NOMBRE DEL SERVICIO

01 - agosto - 2021  
Gerson Otero Vitarica  
Ecografía

| ÍTEM | DETALLE                    | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------------------|---------------------|---------------------|
| 01   | Paquetitos de Toallas Papi | 06                  | 6                   |
| 02   | Tapa Boca N-95             | 15                  | 15                  |
| 03   | gapa Beem caja             | 01                  | 1 caja              |
| 04   | Batas                      | 15                  | 15                  |
| 05   | Baterias Tronex            | 02                  | 2                   |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |

| 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: 1-3-2021

Con destino a: Dr. X.

Funcionario que hace la solicitud: Ilva Anzo

| N orden | Cantidad Pedida | Cantidad Despachada | Detalle            |
|---------|-----------------|---------------------|--------------------|
| 01      | 2 cajas         | 150                 | ta Pabocan         |
| 02      | 15              | NO                  | N95                |
| 03      | 1 Paq           | NO                  | Batas Bioseguridad |
| 04      | 2               | 2                   | 1 lapicero.        |
| 05      | 1               | NO                  | 1 Sharpie          |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |
|         |                 |                     |                    |

AUTORIZADO POR : \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR Ilva Anzo





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

01 03 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Candelaria Norena Caldem

NOMBRE DEL SERVICIO

Quirófano

| ÍTEM | DETALLE                    | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------------------|---------------------|---------------------|
| 01   | Carpetas                   | 10                  | 10                  |
| 02   | Copa ole Gaucho, legajados | 01                  | 01                  |
| 03   | papeles de Toallas         | 03                  | 03                  |
| 04   | Resmat carta               | 01                  | 01                  |
| 05   | Baterias AAA               | 02                  | 02                  |
| 06   | MASCARILLAS                | 100                 | 100                 |
| 07   | Gaños                      | 100                 | 100                 |
| 08   | Quarobian pegmt            | 2                   | 2                   |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |
|      |                            |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|------------|------------|----------|
|            |            |          |



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

05/03/2021

Maria Consuelo Dueñas

Consulta externa

| ÍTEM | DETALLE    | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------|---------------------|---------------------|
| 5    | Carpetas   | 5                   | 5                   |
| 5    | Papadiscos | 5                   | 5                   |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |
|      |            |                     |                     |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO  |
|------------|------------|---|
|            |            |  |



**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               | 15 Mayo 1-2027    |
| NOMBRE SOLICITANTE  | Carmin Papellu L. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Expediente        |

| ÍTEM | DETALLE              | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------------|---------------------|---------------------|
| 1    | 2 cajas de Napotocin | 2                   | 2                   |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |
|      |                      |                     |                     |

|            |            |                            |
|------------|------------|----------------------------|
| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO                   |
|            |            | Carmin Papellu<br>23701037 |