	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	15-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	KEVIN ARMENDARIZ
NOMBRE DEL SERVICIO	HOSPI COVID

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	MIX Quirúrgico	15	15
2	N95	15	15
3	TOALLAS PARA MANO	2	NO
4	ASEO DE PAPEL CARTA	1	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1045128088

	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/III/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Sindy Soloza.
NOMBRE DEL SERVICIO	Pk triage.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6	Bolos	6	6
6	Mascarilla N95	6	6.
6	Gorros	6	NO.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 112954052.

	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	2021-02-15
NOMBRE SOLICITANTE	Silvio Bedolla
NOMBRE DEL SERVICIO	Consulta

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bata.	16	16
02	Tapabocas caja	4	4

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

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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 15-02-21

Con destino a: urgencia

Funcionario que hace la solicitud: Nisch

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	20.	20	tapaboca N-95.
2	2.	NO	tapaboca caja x 50
3.	4	NO	Hojas de resma.
4	2	NO	cinta de enmascarar
5	4.	NO	toalla.

AUTORIZADO POR : _____ **RECIBIDO POR** Nisch.

	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	16/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez Eslo
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Mascarillas N95	15	15
	Kit Quirurgico	15	15
	Caja tapabocas	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1004126238.

	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	26/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Arteaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Nap	15	15
02	Kit Quirúrgico	15	15
03	Tapabocas Rojo	5	5

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	16/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Paola Padilla Perez
NOMBRE DEL SERVICIO	pediatria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas antifluido	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Paola Padilla Perez Firma 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	16/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	[illegible]
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirurgico	13	13
02	Batas	13	13
03	Tapabocas Cja	5	5

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

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN	Versión 3 Vigencia 01/08/2020	Código FR-GRF-001 Documento Controlado

FECHA	16-feb-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Vicky Arneta Germán
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	batas	15	15
02	EPP. kit Quirúrgico	15	15
03	polainas	5	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Vicky Arneta
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.104411557

	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	18/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de tapabocas	1	1

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

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN	Versión 3 Vigencia 01/08/2020	Código FR-GRF-001 Documento Controlado

FECHA	17-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Facturación - Consulta - Auditorio
NOMBRE DEL SERVICIO	Isabelle Palacios

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Caja toperoles	1	1

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

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN	Versión 3 Vigencia 01/08/2020	Código FR-GRF-001 Documento Controlado

FECHA	17/01/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julio Salazar
NOMBRE DEL SERVICIO	Martínez (Vigilador)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Dos Mascarilla	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 7704420700

	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	17-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Emilys Prasca.
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
4	Batas	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación 1100081858

	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	18/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Amburuaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI - Adulto

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	15	15
02	N95 mascarilla	15	15
03	Batas Desechable	5	5
04	Toalla de papel para mano	2	2

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

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN	Versión 3 Vigencia 01/08/2020	Código FR-GRF-001 Documento Controlado

FECHA	18-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	Yenifer Troya Pastrana
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirurgica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
010203	Batas	3	3
0	Tapabocas	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Yenifer Troya 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	feb. 18 - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Veronica Gil
NOMBRE DEL SERVICIO	URG.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	bata desechable	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Veronica Gil
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	18-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julian Díaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Kit	1	1
	N95	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Julian Díaz
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	18-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	Miguel Turcios Anaya
NOMBRE DEL SERVICIO	farmacia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Guantes de manejo	8600	8600
2			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Miguel Turcios Anaya Firma 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	18-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julian Novoa
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Kit Quirurgico	1	1
	N95	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Julian Novoa
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	13/2/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Qea
NOMBRE DEL SERVICIO	Grey Cardenas

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas Quir	100	100

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Grey Cardenas
N. Identificación	N. Identificación	1047444018

	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	19 02 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ruby Perez
NOMBRE DEL SERVICIO	C. / Ext.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas Desechables	50	50
	Dr		

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	19/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Antezana
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI - Adulto

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bas Bradcardia	45	45

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	19/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Fredy Mieles Ortega
NOMBRE DEL SERVICIO	Orientador y seguridad

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Bata desechable	12	12
	Tapa boca N-95	12	12

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Fredy Mieles 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	19/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado Osorio.
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas Qx	4	4

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