



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE

FARMACIA


Fecha: 29-01-21 Con destino a: Hospitalización

Funcionario que hace la solicitud: Maria Cano

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	-300-	300	Mascarillas desechables
2	-20-	20	Batas para pter
3	-20-	20	Batas mangas largas
4	-20-	12	Toallas desechables
5	-4-	4	Cinta para mascarar
6	-100-	100	Gorros desechables
7	-1-	0	Casa x rollo
8	-1-	1	Toner de tinta x8A
9	-2-	2	Resma papel tamaño ^{oficio} carta
10	-8-	8	Marcadores Bonables
11	-1-	0	Papel para desfibrador
12		0	Reunido de esmalte.

AUTORIZADO POR : _____

RECIBIDO POR Gran e

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Código FR-SF-16
	SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS A FARMACIA	Fecha vigencia 1/09/2020	

Fecha: 20-01-2024

SOLICITADO POR: Tomas G. M... Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: [Signature]

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	tapabocas Carter x50	2	2
2	tapabocas N95	50	50
3	bates para pch	50	50
4	Gorros	100	100
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: [Signature]



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

Versión
2
Vigencia
01/08/2020

FECHA	28/01/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Laura Ortiz Ruiz
NOMBRE DEL SERVICIO	MSJ P. B. 2000

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tecidos (copi) x50	50	50
2.	Tonner x8A	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Laura Ortiz Ruiz N. Identificación

3F248A



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión 2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia 01/08/2020

FECHA

28/01/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Polvo Solano

NOMBRE DEL SERVICIO

Plantas

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	095	7	7

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



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

Versión
 2
 Vigencia
 01/08/2020

FECHA	28-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez Ealo
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Gorros	100	100.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	204120232



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

FECHA

27/01/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin Daniel 999

NOMBRE DEL SERVICIO

UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas N95	11	11

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
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA	ENE 27 / 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Veronica Gil D.
NOMBRE DEL SERVICIO	Fisioterapia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	TAPABOROS & SO	1	1
2	rodillos de papel	2	2
3	Jabón líquido.	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		52493191



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

Ence 27/2021

NOMBRE SOLICITANTE

David Severiche N.

NOMBRE DEL SERVICIO

Batas X

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Pañales X 50	1 caja	1
2	Toallas de Papel	1 Paquete	1
3	Batas	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	David S. N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

FECHA	25/01/21
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado Osorio
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos x.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Uniforme de Bio seguridad	10	10
	Tapaboca N95.	8	8
	papel higienico	2	2
	servilletas de papel	1	1
	gel Antibacterial.	1	1
	Gorros Qx	10	10.
	Tapaboca Qx.	7	7

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión

2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia

01/08/2020

FECHA

25 - Enero - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Cosme Otero Vilada

NOMBRE DEL SERVICIO

Ecografía

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Corrector líquido	01	1
02	Caja de crayas	01	1
03	Lápiz negro	02	2
04	Lápiz rojo	02	2
05	Tijera	01	1
06	Caja de Tapa boca	01	1
07	Batas	15	15
08	N. 95	10	10
09	Gorros	15	15
10	Resaltador	01	1
11	Dispensador de alcohol	01	0
12	Dispensador de alcohol	01	0
13	Cantidad mediana	01	por el estante

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA	25-01-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julian Nasca
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Kit Curativos	2	2
	Borbillo Catálogo (X100)	2	2

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



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

NIT. 800.191.643-6

Fecha: 25/1/21 SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Con destino a: URGENCIAS.

Funcionario que hace la solicitud: SILVIAN.

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	1	1	GRAPADORA
2	10.	0	BOLSITA DE A-2
3	20.	20	N-95.
4	1	1	COLBON.
5	50.	50	MANILAS AZULES
6	20	0	BOATA PARA Pet.
7	100	100	MASCAMILLAS.
8	2	2	CINTA DE PAPEL.
9	2	2	MARCADOR BOURNADIE

AUTORIZADO POR :

RECIBIDO POR

SILVIAN.

