



HOSPITAL REGIONAL DE INIMEL DE SAN MARCOS
 FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN

Version: 01/03/2021

FECHA
 NOMBRE SOLICITANTE
 NOMBRE DEL SERVICIO

27/7/2021
[Handwritten Signature]

| ITEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Kit Bioseguridad | 20 | 20 |
| 02 | Toalla de papel | 03 | 3 |
| 03 | Lapiceros Negro | 02 | 2 |
| 04 | Sharpu | 01 | 1 |
| 05 | Resma Carter | 01 | 1 |
| 06 | Jabon Líquido | 01 | 260 |
| 07 | Mascarilla Guirrigae | 01 logj | 260 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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



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

Versión
4
 Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04
 Documento
Controlado

FECHA
 NOMBRE SOLICITANTE
 NOMBRE DEL SERVICIO

27/7
 J. J. J.
 G.C. C.

| ITEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 01 | Kit Seguridad | 20 | 20 |
| 02 | polainas | 01 par | 25 |
| 03 | Jabón líquido | 01 | 20 |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Firma Jefe Inmediato | Firma Almacén | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

| | |
|---------------------|----------------|
| FECHA | 27.07.2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Diana O Prasca |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Auditoria |

| ITEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|---------------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Mascarilla desechable | 12 | 12 |
| 2 | Mascarilla N95 | 6 | 6 |
| 3 | Resma papel Fresco Atomixado | 1 1 | 1 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|--|--------------------------------|
| Firma Jefe inmediato N. Identificación 617713 | Firma Almacen N. Identificación | Firma N. Identificación |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

FECHA

27/Jul.01/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Andres Blanco Penty

NOMBRE DEL SERVICIO

TAM

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|--|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Batas desechables | 3 | 3 |
| 2 | Tapabocas N95 | 3 | 3 |
| NOTA: solicito 3 elementos para médico TAM, auxiliar TAM y Conductor TAM | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|----------------------|-------------------|------------------------------------|
| Firma Jefe inmediato | Firma Almacen | |
| N. Identificación | N. Identificación | 7-102-880.077 N. Identificación |



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

Versión
 2
 Vigencia
 01/08/2020

| | |
|---------------------|---------------------|
| FECHA | 27-04-21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Gloria M. Torres T. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | calidad |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------|---------------------|---------------------|
| 1. | Caja Tapabocas | 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

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

| | |
|---------------------|-------------------|
| FECHA | 27/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Elizabeth Guevara |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Epp urgencias |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|---|---------------------|--------------------|
| 1. | Batas desechables personal urgencias Fluores Ambulancia | 15 | 15 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Firma Jefe inmediato | Firma Almacen | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

27/7/21.
SILVIA NIEBES.
URGENCIA.

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|-------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | MARCAPIORES PLOMABLES. | 16. | 3 |
| 2 | LAPICEROS Negros | 2. | 2 |
| 3 | PAÑA DE PACIENTE | 1 PAÑO. | 10 |
| 4 | RESMA CAMA | 2. | 2 |
| 5 | TONER. SS 4 | 1. | 1 |
| 6 | FOLIO DE CARBÓN. | 3. | 3 |
| 7 | GORNOS. | 1 PAÑO. | 50 |
| 8 | CUBRE BOCAS. | 2 CAJAS. | 100 |
| 9 | SABANAS DESINFECTANTES. | 2 PAÑO. | 20 |
| 10 | GORNOS. | 1 PAÑO. | 25 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| SILVIA NIEBES. Firma Jefe inmediato | Firma Almacen N. Identificación | SILVIA NIEBES. Firma |
| N. Identificación | | N. Identificación |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

| | |
|---------------------|---------------------|
| FECHA | 26-Julio-2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Hania Paz Buedia |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Servicios Generales |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| | Tapabocas | 115 | 115 |
| | N° 95 | 54 | 54 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Hania Paz Buedia 1104418517 | | Hania Paz Buedia 1104418517 |



HOSPITAL REGIONAL DE NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A VANTAJEN

Version: 02
Vigencia: 01/05/2020

FECHA

26/7/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Wheeler

NOMBRE DEL SERVICIO

UCI Covid y polivalente

| ITEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Toalla papel | 08 | 6 |
| 02 | Gompo | 01 pag | 50 |
| 03 | Polaina | 01 par | 25 |
| 04 | Kit de Bioseguridad | 10 | 10 |
| 05 | Cinta Enmascarar | 02 | 2 |
| 06 | Mascarilla quirurgica | 02.00 | 100 |
| 07 | Sabon liquido | 02.00 | 2 |
| 08 | Batas reutilizable | 15 | 15 |
| 09 | Sabanas desechables | 20 | 20 |
| / | | | |

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

FECHA

26-07-2021

NOMBRE SOLICITANTE

MISIS NOVILLO

NOMBRE DEL SERVICIO

CITAS

| ITEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | tasabocoy 099 | 1 | 1 |
| 2 | RODEL CONTO | 2 | 2 |
| 3 | LOPILADO 06910 | | |
| 4 | GIABRAS COYA | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--|---|---|
| <p>Firma Jefe inmediato</p>  <p>N. Identificación</p> <p>34946412</p> | <p>Firma Almacén</p>  <p>N. Identificación</p> | <p>Firma</p>  <p>N. Identificación</p> |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

| | |
|---------------------|------------------|
| FECHA | 26/07/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jennifer Alvarez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 1 | hesma papel carta | 2 | 1 |
| 2 | Tapabocas | 50 | 50 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--|--|--|
| AUTORIZADO  <small>Firma</small> 1104426236 <small>N. Identificación</small> | DESPACHADO  <small>Firma</small> <small>N. Identificación</small> | RECIBIDO  <small>Firma</small> 1104426238 <small>N. Identificación</small> |
|--|--|--|



| | |
|---------------------|-------------------------|
| FECHA | 26. 07. 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Candelaria Abreu Caldem |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Consulta Externa |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Resmas Corta | 04 | 2 |
| 02 | GRAPAS | 09 caja | 1 |
| 03 | MASCARILLAS N 95 | 40 | 40 |
| 04 | MASCARILLAS Quirórgicas | 50 | 50 |
| 05 | Toner 83A | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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



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

Versión
2
Vigencia
01/08/2020

FECHA

26/7/21

NOMBRE SOLICITANTE

Jenifer Montalvo

NOMBRE DEL SERVICIO

Coordinación Enfermería

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-----------|---------------------|---------------------|
| 1 | N95 | 7 | 7 |
| 2.. | Tupubscas | 10 | 10 |
| 3. | TG (010) | 2 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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



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

Versión
4
Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04
Documento
Controlado

| | |
|---------------------|------------|
| FECHA | 26 07 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Kare Itzel |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Clínica |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | hoja de papel | 4 | 4 |
| 2 | Resma ca. 10 | 2 | 2 |
| 3 | Algodón | 100 | 100 |
| 4 | Gans. | 100 | 100 |
| 5 | jabóns desechables | 20 | 20 |
| 6 | Recarga tuer | 1 | 1 |
| 7 | T. Capabón P 95 | 40 | 40 |
| 8 | Alcaldía Quinorigen | 50 | 50 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|------------------------------------|--|
| Firma Jefe inmediato Kare Itzel N. Identificación 1104429417 | Firma Almacén N. Identificación | Firma N. Identificación 1104429417 |



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

Versión
4
Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04
Documento
Controlado

FECHA: 26-7-21.
 NOMBRE SOLICITANTE: Orey Cardenas J. Panoj.
 NOMBRE DEL SERVICIO: Hospitalización

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Corros. Desdentada | 50 | 50 |
| 2 | Bata para paciente | 30 | 30 |
| 3 | Tapa boca dl. | 200 | 100 |
| 4 | Tapa boca p 95. | 80 | 80 |
| 5 | Batas llinga larga. | 2 | 2 |
| 6 | Papel Higiénico | 4 | 4 |
| 7 | Toallas de papel | 6 | 6 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--|------------------------------------|--|
| Orey Cardenas Firma: Jefe Inmediato 104744048 N. Identificación | Firma Almacen N. Identificación | Orey Cardenas Firma 104744048 N. Identificación |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

25 Julio 2021
Yamir Janna Rojas
Medium Legal.

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | 1/1000 gafas | 3 | 3. |
| 2 | Bata desechables | 12 | 12. |
| 3 | Gorros desechables | 20 | 20 |
| 4 | Tapabocas Caja | 1 | 1 |
| 5 | Polainas | 12 | 12 |
| 6 | Frasco atomizador | 1 | 1 |
| 7 | Pindolina 1 Frasco | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUTORIZADO

ENTREGADO

RECIBIDO

Firma Jefe inmediato

N. Identificación

Firma Almacen

N. Identificación

Firma

N. Identificación

Yamir Janna Rojas
1104416544



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

| | |
|---------------------|-------------------------|
| FECHA | 26/7/2021. |
| NOMBRE SOLICITANTE | Ana Diaz. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Uci covid y Polivalente |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1. | NCS. | 20 | 20 |
| / | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|--|--------------------------------|
| Firma Jefe inmediato N. Identificación | Firma Almacen N. Identificación | Firma N. Identificación |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
4

Código
FR-GRF-04

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
09/06/2021

Documento
Controlado

| | |
|---------------------|----------------|
| FECHA | 23-07-2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Wliger Rodrygo |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Sistema |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Caja fapebowe x 50ml | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|--|--------------------------------|
| Firma Jefe inmediato N. Identificación | Firma Almacen N. Identificación | Firma N. Identificación |



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

Versión
4
 Vigencia
09/08/2021

Código
FR-GRF-04
 Documento
Controlado

FECHA: 23/7/21
 NOMBRE SOLICITANTE: KTEES
 NOMBRE DEL SERVICIO: UCI card y potente

| ITEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|----------------------|---------------------|--------------------|
| 01 | Kit Bioseguridad | 60 | 60 |
| 02 | Toalla de papel | 06 | 6 |
| 03 | Jabon liquido | 01 | 1 |
| 04 | Resma Cartón | 01 | 1 |
| 05 | Lapicero Negro | 03 | 3 |
| 06 | Lapiz | 02 | 2 |
| 07 | Lapiceros Rojo | 02 | 2 |
| 08 | Sharpen | 02 | 2 |
| 09 | Mestorillo Quimico | 01 cop. | 50 |
| 10 | Dispensador en Spray | 020 | 2 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|------------------------------------|----------------------------|
| Firma de Inmediato N. Identificación | Firma Almacén N. Identificación | Firma N. Identificación |



| | |
|----------------------------|----------------------------|
| FECHA | 23. 07. 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Comandante Arevalo Caldera |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Consulta Externa |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|----------------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Resma Cartón | 04 | 2 |
| 02 | Resma Oficio | 01 | 20 |
| 03 | Tornav 85A | 01 | 1 |
| 04 | Mascarillas N. 95 | 20 | 20 |
| 05 | Batas desechables paciente | 20 | 20 |
| 06 | Sabones desechables | 30 | 20 |
| 07 | Tornav 85A | 01 | 01 |
| 08 | Cinta pegante azul | 01 | 01 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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
4

Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04

Documento
Controlado

| | |
|---------------------|------------------|
| FECHA | 23/07/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Eliزابل Góngor |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Análisis 214-215 |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|---------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | tapabocas convexos @ 3.75 | 2 | 2 |
| 2 | Guantes | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--|---|---|
|  Firma Jefe inmediato N. Identificación |  Firma Almacen N. Identificación |  Firma N. Identificación |

ORIGINAL.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión 4

Código FR-GRF-04

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia 09/06/2021

Documento Controlado

| | |
|---------------------|----------------|
| FECHA | 23/07/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | David Scuerich |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Rufo X. |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|---------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Tapa Boca N 95 @ 99 x 200 | 1 caja | 1 |
| 2 | Tallas de mano | 2 Paquete | 2 |
| 3 | CD. | 50 | 50 |
| 4 | Funda Pura CD | 50 | 50 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma Jefe inmediato David S. N. Identificación | Firma Almacen [Signature] N. Identificación | Firma [Signature] N. Identificación 9146835 |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
4

Código
FR-GRF-04

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
09/06/2021

Documento
Controlado

FECHA
NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

23/12/2017
Katherine
Alumbrar

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|--------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Cuota mañana | 3 | 3 |
| 2 | Fluorantil - Clorimicina | 50. | 50 |
| 3 | Japabom PAS | 40 | 40 |
| 4 | Recarga japón | 1 | 1 |
| 5 | hojas de papel | 3 | 3 |
| 6 | Carpeta o folder café | 5 | 5 |
| 7 | ganchos legaradas | 20 | 20 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|--|------------------------------------|
| Firma Jefe inmediato N. Identificación | Firma Almacén N. Identificación | Firma N. Identificación |



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

Versión
4
Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04
Documento
Controlado

FECHA
NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

23-07-2021
JESUS NAVARRO
CITAS

| ITEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|-------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | pastel de leche | 3 | 3 |
| 2 | saborizante de vainilla | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|------------------------------------|---|
| Firma Jefe inmediato N. Identificación 34946412 | Firma Almacen N. Identificación | Firma N. Identificación JESUS NAVARRO |



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

Versión
4
Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04
Documento
Controlado

FECHA

23-07-21

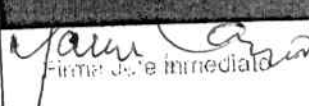
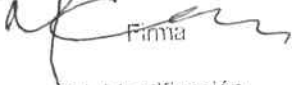
NOMBRE SOLICITANTE

Maria Casiano

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospitalización

| ITEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Toallas de papel | - 10 - | 8 |
| 2 | Mascarilla quirúrgica | - 200 - | 200 |
| 3 | Resma de papel tamaño carta | - 2 - | 2 |
| 4 | Bata para pacientes | - 10 - | 10 |
| 5 | Bata manga larga | - 10 - | - 10 - |
| 6 | Papel higiénico | 2 | 2 |
| 4 | Guardianes de Seguridad | 4 | 4 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|--|------------------------------------|---|
|  Firma de inmediato N. Identificación | Firma Almacen N. Identificación |  Firma N. Identificación |



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

Versión
4
Vigencia
09/06/2021

Código
FR-GRF-04
Documento
Controlado

| | |
|---------------------|---------------|
| FECHA | 73-07-21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jandra Floret |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Comercial |

| ÍTEM | DETALLE DE ELEMENTOS | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
|------|-----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | Tapabocas. c/a 250 ml | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | ENTREGADO | RECIBIDO |
|---|--|---|
| Firma Jefe inmediato N. Identificación | Firma Almacén N. Identificación | Firma N. Identificación 112 940 969 160 |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

| | |
|---------------------|------------------------|
| FECHA | 23/07/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jennifer Alvarez Faló. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Polainas de algodón | 50 | 50 |
| 02 | Tapabocas | 1 | 50 |
| 03 | Papel higienico | 6 | 6 |
| 04 | Besma papel Carta | 2 | 1 |
| 05 | Mascarillas N95 | 20 | 80 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
|  Firma 1104926238. |  Firma N. identificación |  Firma 1104926238. |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
2

Vigencia
01/08/2020

FECHA

22-07-21

NOMBRE SOLICITANTE

Miguel Turcos Anaya

NOMBRE DEL SERVICIO

Farmacia

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1 | Tapa bocas N95 | 20 | 20 |
| 2 | Rema de papel carta | 2 | 2 |
| 3 | Toner 48A | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|--|--|---|
| Miguel Turcos A <small>Firma</small> 110316777 <small>N. Identificación</small> | <small>Firma</small> <small>N. Identificación</small> | Miguel Turcos A <small>Firma</small> <small>N. Identificación</small> |



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

Versión 2
 Vigencia 01/08/2020

FECHA: 22/07/21
 NOMBRE SOLICITANTE: [Handwritten Signature]
 NOMBRE DEL SERVICIO: UCI Cozumel

| ITEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Kit Seguridad | 20 | 20 |
| 02 | papel higienico | 02 | 2 |
| 03 | Tobillo papel | 04 | 4 |
| 04 | Jabon liquido | 01 | 1 |
| 05 | Gel Antibacterial | 02 | No |
| 06 | Toner SAA | 01 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
| [Handwritten Signature] | [Handwritten Signature] | [Handwritten Signature] |



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión 2

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia 01/08/2020

| | |
|---------------------|---------------|
| FECHA | 22/07/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Diana Barboza |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|---------------|---------------------|---------------------|
| 1 | Batas | 1 pag. | 10 |
| 2 | tapabocas n95 | 10 | 10 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTOBRIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|----------------|-----------------------------------|---|
| 1104426238 | <small>Identificación</small> | Diana Barboza <small>IDENTIFICACION</small> 34.447918 |



| | |
|---------------------|------------------|
| FECHA | 22 Julio 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Carmelo Victoria |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Enfermería |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------|---------------------|---------------------|
| 01 | N- 95 Caja | 01 | 01 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--|---|--|
| AUTORIZADO  Firma N. Identificación | DESPACHADO  Firma  N. Identificación | RECIBIDO  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 | 22 Julio - 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Comun Ojo Victoria |
| NOMBRE DEL SERVICIO | ecografías |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------------------------|---------------------|---------------------|
| 01 | Sopicosos negros | 02 | 2 |
| 02 | Caja de chinos | 01 | 160 |
| 03 | Pasmas papel carta | 03 | 20 |
| 04 | Papetes de Batas x 10-11 | 02 | 20 |
| 05 | Cerrar bolsa x 50-12 | 01 | 100 |
| 06 | Tapabocas | 1 | 50 |
| 07 | Papetes de toallón | 06 | 6 |
| 08 | Papel Higiénico Rollar | 12 | 12 |
| 09 | Papetes de batas para partes | 02 | 10 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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



FECHA

22/07/21

NOMBRE SOLICITANTE

Dmd4 talaya fustes

NOMBRE DEL SERVICIO

Ambulancia

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 5 | Tapabucos. N95. | 5 | 5 |
| 2 | Pañuelos Solana | 20 | 20 |
| 2 | marcadores permanentes | 2 | 2 |
| 2 | cepa Esmacon. | 2 | 2 |
| 1 | lapsero | 1 | 1 |
| 2 | pañuelos Solana | 2 | 2 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <p>Firma</p> <p>N. Identificación</p> | <p>Firma</p> <p>N. Identificación</p> | <p>Firma</p> <p>N. Identificación 129540542</p> |