



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	12/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapabocas NAS	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1104426239



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

12/03/2021.

NOMBRE SOLICITANTE

Guillermo Berneto Gómez

NOMBRE DEL SERVICIO

Brao Reparatura.

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

1

Typhlocyba N95

42.

AUTORIZADO

Firma

N. Identificación

DESPACHADO

Firma

N. Identificación

RECIBIDO

Guillermo Berneto

N. Identificación
110491443



FECHA	12/3/21
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	NCS.	10	
2	Bata de Seguridad	20	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	J.065847690



FECHA	12 / Marzo / 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Karen Ansete Navoja
NOMBRE DEL SERVICIO	Archivo

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
4	Monografías	4	4
1			
			4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1104460165



FECHA	12/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Angelida M Vengana Angulo
NOMBRE DEL SERVICIO	Medicina interna

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Bata Antifluído.	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Angelida Vengana</i>
N. Identificación	N. Identificación	64 588 194



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	12/08/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Alexy Claudio
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapezocars desechable	50	50

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

Alexy Claudio



SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN

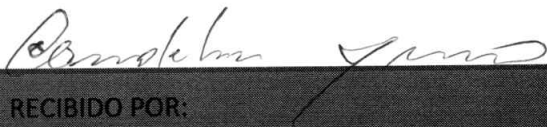
FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO: _QUIROFANO_ FECHA: 12/03/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	100	100	MASCARILLAS
02	05	06	CINTAS MASKIN
03	04	4	TOALLAS DE PAPEL
04	20	20	SABANAS DESECHABLES
05	01	06	RECARGA DE JABON
06	100	10	POLAINAS
07	50	40	GORROS

AUTORIZADO POR:


RECIBIDO POR:

AUTORIZADO POR:



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	12-03-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Miguel Rodríguez
NOMBRE DEL SERVICIO	Sigfus

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	Par de baterías AA	2	2
1	Lapiz	1	1
1	Resultador	1	1
1	borrador	1	1
1	Saca Puntas	1	1
1	caja tu pabocas X50 UND	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1069479999



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	12103121
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Gel Antibacterial	Recarga	Recarga
	Toallas de Papel	4	4
	Tapabocas Casq.	1	1
	Gorros	100	100
	Capiceros	0	0
	Jabon Recarga	1	1
	Kit Quirurgical	10	10
	Pape higienico	6	6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1104426238



FECHA	12/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Guilherma Bernaldo.
NOMBRE DEL SERVICIO	Area Respiratoria.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Neomypapel Cinta.	1	
2	Cinta de enmascarar.	1	
3.	Kit. Quirúrgico.	42.	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Guilherma Bernaldo
N. Identificación	N. Identificación	11049143



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	12/3/21
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	tapabocas	50	
2	gorros	100	
3	Bata de paciente	10	
4	Bata Resma	1	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	J.065847690



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:

12-3-21

SOLICITADO POR:

Helen A

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

Luz

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Sabanas.	60	40
2	Tapaboco	200.	150
3	N 95	15	15
4	Retma	6	
5	Toallas papel	12	12
6	Jabon. liquido.	1	
7	Gel	4	
8	Batas pct.	20	20
9	Batas Manga larga	20	20
10	toner	1	
11	Cinta de enmascar.	3	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

Maira Acosta



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	12/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Cruz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalizaci

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Taprocus Desol	50	50

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA

11-03-21

NOMBRE SOLICITANTE

Jenifer Traxa J.

NOMBRE DEL SERVICIO

P.T

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	Botas Anti Flujo	2	2.

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	11/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Dpto Cesar Selas
NOMBRE DEL SERVICIO	Matrónas (parteras)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapa bocas dent	7	7

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	11/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Angela
NOMBRE DEL SERVICIO	C. Emergencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
08	botas desechable		

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	11/05/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Almeida Romo.
NOMBRE DEL SERVICIO	Axén respiratory.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas N95	12.	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 10444140.

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

11/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Edina Jones

NOMBRE DEL SERVICIO

VCE

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	N95	7	7

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



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS** ESE
"Por una atención digna y oportuna"

SOLICITUD DE PEDIDO A FARMACIA

FECHA: 11/03/21
SOLICITADO POR: [Signature]
SIRVASE DISPENSAR PARA: SALA COVID-19.

PACIENTE:

	LOS SIGUIENTES ELEMENTOS	Cantidad
1	EPP	12
2	N95	12
3	Lapicero	01
4	lapiz	01
5	pañete de papel	01
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: [Signature]



FECHA	11/3/21
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Servilletas de papel	8	8
2.	Guarden 2.9L	4	4
3.	tapabocas	100	100

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	1065847620



FECHA	20/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	EDWIN TORRES
NOMBRE DEL SERVICIO	Aspersión covid

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kp4 Quirúrgica	7	7
2	Tapa bocas N95	7	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	EDWIN TORRES
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.104.417.401



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 10-03-21

Con destino a: Maternidad

Funcionario que hace la solicitud: Maria Cuervo

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1.	100.		Mascavilla (0 ca.
2.	20		Bata de pacientes
3	- 10 -		Bata manga larga

AUTORIZADO POR :

RECIBIDO POR



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

p

FECHA	10/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Nada Cardona Reyes (C) HU
NOMBRE DEL SERVICIO	Consulta externa - Atención hospitalaria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	kafo anti-fluido	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
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

Study talog. profis
19/03/21
X.P.I.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	<i>Dptos onifluder</i>	2	2.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación <i>[Handwritten Signature]</i> <i>[Handwritten Number]</i>



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

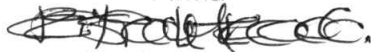
09/03/2021

Cristian Mercado Osorio

Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Japabolas U95.	8	8.

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


N. Identificación
1102123639.



FECHA	9/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Alan Rivera G
NOMBRE DEL SERVICIO	fisioterapia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Om L	1	
2	N95	1	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	 Firma
N. Identificación	N. Identificación	1104417936 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	09-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	leyla villanoveg
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tohallas desechables.	6	6
2	tapa bocas.	100	100
3	Resma de papel. carta	2	2

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

9-03-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Rubén Pérez

NOMBRE DEL SERVICIO

C. E. V.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	lapabocas	1 cop	1 cop

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

Handwritten signature and identification number in the RECEBIDO section.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión

3

Código

FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia

01/08/2020

Documento

Controlado

FECHA

09/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Cristian Mercado Osorio

NOMBRE DEL SERVICIO

Layos x

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Kits. EPP.	8.	8.
	tapabocas Qx. caja x 50.	1	1
	lapiceros Negros.	2	2
	papel Higiénico.	1	1
	CDS.	30	30.

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



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

9-03-2021
 Roberto Palma S.
 Facturación - Auditoría - Costos.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja tepehuos	1	1

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: 09-03-21

Con destino a: ORSENCA

Funcionario que hace la solicitud: Luis C

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	4	2	Resma de papel
2	1.	1	Tarabo G.
3.	20.	20	Pasta Quimursi G

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR futs



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

09- agosto - 2021
Eduardo Otero Victoria
Ecografía

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01-	Lejía oxígeno	01	1
02-	Borrador de nata	01	1
03-	Tornel 85 A	01	Nº
04-	Paquetes de toallas papel	06	6
05-	Papel para papel / carta	05	3
07	Papel para papel / oficio	01	Nº
08	Lápiz negro	02	2
09	Lápiz rojo	02	Nº
10	folios	12	12
11	Tapa Bocas cojin	01	1
12	Saca punta	01	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
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

09 de agosto 2021
César Ojeda Victoria
Ecografías

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	N 95	15	15
02	Batas	10	15

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión

3

Código

FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia

01/08/2020

Documento

Controlado

FECHA

MARZO - 9 - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Rosalba Copanla Portales

NOMBRE DEL SERVICIO

AMB. PLACA - OLM 2114 - H.P.S.U

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Kit Medicos	7	7
2.	NAS	7	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	10875297



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	09/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenifer Montalvo
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI ADULTO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	BATAS	10	10
2.	N95	20	20
3.	KIT MEDICO	15	15

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



FECHA

09/03/21

NOMBRE SOLICITANTE

Jenifer Montalvo

NOMBRE DEL SERVICIO

Coordinación de Enfermería

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapaboca	1	1

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

[Handwritten signature over the RECIBIDO section]



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	08/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Veiner Juncosano
NOMBRE DEL SERVICIO	Po Principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapa brown um caja	1	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	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: 08/03/21

Nº	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	150	150	MASCARILLAS
02	05	10	CINTAS MASKIN
03	04	4	TOALLAS DE PAPEL
04	20	20	SABANAS DESECHABLES
05	01	10	RECARGA DE JABON
06	01	1	TONER 83A 1105A
07	50	10	GORROS
08	01	20	RESMA CARTA

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

AUTORIZADO POR:



FECHA	08-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenifer Troya Pastrana
NOMBRE DEL SERVICIO	posterior

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6	Bata	6	6
	Tapaboca	6	6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Jenifer Troya Pastrana N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

FECHA	08/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	
	Caja de tapabocas	1	1
	libro de contabilidad	1	1
	Pesma Papel tamaño Carta	2	2
	Shapie alegre	3	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		 1104426238



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

08/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Felipe Arellano

NOMBRE DEL SERVICIO

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Casa de la Paños	01	1
02	Paquetes de faldas	01	2

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación

Felipe Arellano
1102864463



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	08 - Marzo / 21
NOMBRE SOLICITANTE	Karen Arce / Damián
NOMBRE DEL SERVICIO	Administración / Hospital Virgen Faustina Hospital de Es

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	7000 250	7	7
			7

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



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: 08-03-2021

SOLICITADO POR:

SIRVASE ENVIAR AL: Hospital Regional

Enfermera (o) Jefe

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

LENI OPTIZ Ruiz

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Tapabocas	100	100
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

LENI OPTIZ Ruiz



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión

Código

1

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS A FARMACIA

Fecha vigencia

1/09/2020

FR-SF-16

Fecha:

8/3/21
Helen A
Urgencias.

SOLICITADO POR:

SIRVASE ENVIAR AL:

Enfermera (o) Jefe

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Sabanas		
2	Tapaboca	30	30
3	papel higienico	50	50
4	jabon liquido	5	
5	Pelma. Carta	1	
6		3	1
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Meri Acosta.



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	09-MARZO 2021
NOMBRE SOLICITANTE	DERIS VILORA
NOMBRE DEL SERVICIO	FARMACIA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de tapa Boca	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>DERIS VILORA</i> Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación