



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

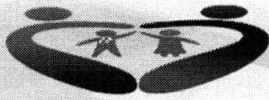
Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	19-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Joseline Vergara J
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulatoria J

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kit Médico	20	20
2	caja de. tapabocot.	1.	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Joseline Vergara
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: 19/03/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	150	150	MASCARILLAS
02	05	5	CINTAS MASKIN
03	04	4	TOALLAS DE PAPEL
04	20	20	SABANAS DESECHABLES
05	05	05	TALCOS
06	100	100	POLAINAS
07	100	100	GORROS
08	01	1	RECARGA DE JABON

AUTORIZADO POR:

AUTORIZADO POR:

Candelaria Moreno
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

FECHA	19/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	EDWIN TORRES
NOMBRE DEL SERVICIO	Aspercion Hospital

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	KPT Quirúrgico	6	6

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



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

17/08/2021

Kevin Antuolaga

UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Qorovgones	50	56
02	Desumy papel Carta	1	1

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma
N. Identificación

Firma
N. Identificación

[Handwritten Signature]
Firma
1041732422
N. Identificación



FECHA	19/03/2020
NOMBRE SOLICITANTE	Luis Miguel Porca A.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	kit medico manga Liriga	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Luis M Porca
N. Identificación	N. Identificación	115290305



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 19-03-21

Con destino a: Hospital

Funcionario que hace la solicitud: Parra G. M.

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1.	3.	3.	Cajas de tapabocas.
2.	1.	1.	Resma de papel.
3.	4	4	Guardiaun. 2.9x1.
4	4	4	Marcado de pizarra

AUTORIZADO POR : _____

RECIBIDO POR Parra G. M.



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	19/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Yessy Rojas
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencias

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tafelberg	28	28

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	19/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Dra. Patricia Toledo
NOMBRE DEL SERVICIO	Facturación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
50	Tapabocas	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	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	19-3-21
NOMBRE SOLICITANTE	Ilica Acuña
NOMBRE DEL SERVICIO	urgencias.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	N95	30.	10
	tapabocas.	4 cajm.	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ilica Acuña
N. Identificación	N. Identificación	100550366



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	19-3-21
NOMBRE SOLICITANTE	Jlca Acuña
NOMBRE DEL SERVICIO	Organización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas para paciente.	1 pág	20
02	Gorros.	1 pág.	100

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Jlca Acuña
N. Identificación	N. Identificación	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

14-03-21

NOMBRE SOLICITANTE

José María Vergara - Jhon Contreras

NOMBRE DEL SERVICIO

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas.	20	20
2	Nº 95.	10	10

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



FECHA

22/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Dary Sosa

NOMBRE DEL SERVICIO

Hemiflexión

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas desechable	50	50
02	Corros desechable	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Dary Sosa N. Identificación



FECHA

09 - Agosto 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Casimiro Jose Victoria

NOMBRE DEL SERVICIO

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

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	19-3-21
NOMBRE SOLICITANTE	Lia Aun
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencias

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	N95	30	30

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Lia Aun
N. Identificación	N. Identificación	100550566



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	29/08/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Dr. Cesar Solano
NOMBRE DEL SERVICIO	Manuel P.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	N95 079514 n19	7	7
		/	/

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
3

Código
FR-GBF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA

29/03/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin M. Kurovaga

NOMBRE DEL SERVICIO

UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarilla nas	56	56
02	Gafas desechable	30	30
 			

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

p

FECHA	18 - agosto - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Carmen Dora Nolasca
NOMBRE DEL SERVICIO	Exámenes

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas	15	15
02	Nº 95	15	15

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

p

FECHA	18/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Macarrilla 9195	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 104426230



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	28/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Geom. [Handwritten Signature]
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	0.95 nascanilla	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	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

p

FECHA	Marzo-18-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez L.
NOMBRE DEL SERVICIO	S. de Alimentación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Cinta de papel	2	2
2	Toallas de papel desechables	2	2
3	Sharpie	1	1
4	Resallador	2	2
5.	Tapa bocas Caja	1 caja	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Eliana Alvarez L.</i>
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

p

FECHA	18/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	RASACI PEREZ
NOMBRE DEL SERVICIO	FARMACIA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	CATA TABA BOCAS	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	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	18/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kenn Anferhuaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapisocas Caja	1	1
02	Trampas Papel	6	6
03	Kit Quirúrgicos	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	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

p

FECHA	18/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez F. W.
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

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

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



p

FECHA	18-03-2021
NOMBRE SOLICITANTE	JESSY RAMOS
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	PAPEL CARTON	3	3
2	CAJA ALUMINADA	1	1

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

Jessy Ramos



p

FECHA	18 Marzo 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Cavero Victoria T.
NOMBRE DEL SERVICIO	Infectología

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas. Xunidad.	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
3Vigencia
01/08/2020Código
FR-GRF-001Documento
Controlado

p

FECHA	18-Marzo 2021
NOMBRE SOLICITANTE	HEDMAN VERGARA
NOMBRE DEL SERVICIO	TESORERIA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	CAJA de TAPABOCAS	1	1
2	Lapiz NEGRO	2	2
3	Lapiceros NEGROS	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	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

p

FECHA	18-03-2021
NOMBRE SOLICITANTE	REMBERTO ALVAREZ, A
NOMBRE DEL SERVICIO	MANUTENIMIENTO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	KET QUIRURGICO		01
01	N 95		01

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Reberto Alvarez</i>
N. Identificación	N. Identificación	10878.508



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

p

FECHA	18/3/2021
NOMBRE SOLICITANTE	ZOLA JIMMY + RICARDO
NOMBRE DEL SERVICIO	Rec. Humano.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	COJA TOCABDO x 50.	1	1

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

p

FECHA	12/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	León M. Muñoz 99
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit quirúrgico	10	10
02	Gas anestésico	26	26

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

**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

p

FECHA	17-03-2026
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Mui
NOMBRE DEL SERVICIO	Cosm 24hr

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	tapabocas	50	50
2	Lapiceras	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Ana Mui</i> Firma
N. Identificación	N. Identificación	309117908 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	3-17-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Rodolfo C. Paula V. Ojeda
NOMBRE DEL SERVICIO	AMB. 214 H. R. S. M.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	5 Kits	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	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

p

FECHA	17/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	David Severiche
NOMBRE DEL SERVICIO	hantus x

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Elementos de Protección Personal	10	10
2	Batas desechables	10	10
3	Aprisa buca d 95	10	10
4	toallas de papel	1 Paquete	1
5	Papel higienico	2 rollos	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	David Severiche
N. Identificación	N. Identificación	9194887



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 17-03-2020

Con destino a: Orsacere

Funcionario que hace la solicitud: Luis al

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	20	20	tapaboca . N 95 .
2.	3.	3	caje de tapaboca .
3.	2	NO	Cinta enmascarar
4.	1	1	Horas de bloc @art
5.	2	2	marcador hornabiz

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR Luis al



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	07/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mauro Rodríguez
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencia pediátrica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Taparocas agua	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

p

FECHA	17-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Paola Eulo Alvarado
NOMBRE DEL SERVICIO	Facturación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	COTE tubos	01	01

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Paola Eulo</i> <small>Firma</small>
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

p

FECHA	17/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Orrera Hamburger
NOMBRE DEL SERVICIO	Gestión Ambiente H.I.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapabocas	7	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1102860678

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

p

FECHA	<i>17/03/2020</i>
NOMBRE SOLICITANTE	<i>Elizabet Pérez</i>
NOMBRE DEL SERVICIO	<i>Referencia</i>

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	<i>Tapaboca caja</i>	<i>1</i>	<i>1</i>

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

p

FECHA	16-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Juan Carlos H.
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospital

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Cajas de lapsores	2	2

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

p

FECHA	Mayo 18 / 2024
NOMBRE SOLICITANTE	José Ochoa
NOMBRE DEL SERVICIO	Urología

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabucos gas 1	1	1
2	Sacupa	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación <i>José Ochoa</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

p

FECHA	16/3/21
NOMBRE SOLICITANTE	Heim A
NOMBRE DEL SERVICIO	uf.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Petma	1	1
	Tapaboca	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Heim A 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	16/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Team Aprendizaje
NOMBRE DEL SERVICIO	UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bot quirúrgico	15	15
02	gloves pañete	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	10 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

16.03.2021

Diana Prasca

Audiología

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

1 Mascanilla

7

7

AUTORIZADO

Firma

N. Identificación

DESPACHADO

Firma

N. Identificación

RECIBIDO

Firma

N. Identificación

Handwritten signature and identification number for the 'RECIBIDO' section.



SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN

FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO: QUIROFANO FECHA: 16/03/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	150	150	MASCARILLAS
02	05	160	CINTAS MASKIN
03	04	4	TOALLAS DE PAPEL
04	20	20	SABANAS DESECHABLES
05	05	160	TALCOS
06	100	100	POLAINAS
07	100	100	GORROS
08	10	10	MASCARILLAS N95
09	01	1	CINTA PEGANTE ANCHA
10	01	160	RESMA CARTA
11	02	2	BOLIGRAFOS NEGROS

AUTORIZADO POR:

Candelaria Moreno
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	16-03-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvia Posilla M. A.
NOMBRE DEL SERVICIO	conductor

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	tapa Buena ojos	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 10 877 428



ALMACÉN

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

p

FECHA	16. 03. 20
NOMBRE SOLICITANTE	Yennifer Troya
NOMBRE DEL SERVICIO	Perinata

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6	Tapabocas	6	6

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



p

FECHA	16-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Corina G. M.
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Babys	10	10

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

p

FECHA	15-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Don Gutierrez
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospital

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Caja de la paracetamol	2	2

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



p

FECHA	15/03/21
NOMBRE SOLICITANTE	Cesar Ortega
NOMBRE DEL SERVICIO	Quinta Principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	TAPA BOCA	50	50
7	Pack de faja	7	7
02	Gel antibacterial	1	1
	SABON liquido	1	1
1	Papel higienico	1	1
	lente Medical	1	1
1	Bateria	4	4

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
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	15/3/20
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapabocas.	100	100
2.	toallas de papel	6	6
3.	Sharpay.	1	1
4.	Folder de 3 años	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	N. 065347690



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

15-03-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Jessy Cardenas

NOMBRE DEL SERVICIO

Sub Empleado

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Topopocos unida	7	7

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