



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 / 04 / 2021
NOMBRE SOLICITANTE	ANA MAR
NOMBRE DEL SERVICIO	hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapas becas con	4	4
02	mas mascarilla	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.065.8476

	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	09/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	David Sueriche d.
NOMBRE DEL SERVICIO	Mujeres X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Quit de Proteccion Personal	10	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>David S.</i> Firma
N. Identificación	N. Identificación	9146835-



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/ Abril de 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Dayana Argel
NOMBRE DEL SERVICIO	Quintano.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Sabanas desechables	10	10
	polainas.	100.	100
	Gorros.	100.	100
	Toras.	No	No

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

09/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Silvia Niebles

NOMBRE DEL SERVICIO

urgencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas Caja	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Silvia Niebles. N. Identificación



FECHA	09/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Cruz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospital Regional

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapa boca	64	
	00110	64	

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

Diana Cruz
 34945454



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	09/09/2020
NOMBRE SOLICITANTE	Luis M. Guel Perce A.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	2 caretas	2	2
2	Caja Guantes nitrilo.	7	7
3	traje Desechable	5	5
4	tapabocas N95	6	6
5	Lapicero	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Luis M. Guel Perce A.
N. Identificación	N. Identificación	1152201375



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	09/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julio Salgado Salgado
NOMBRE DEL SERVICIO	Matrón (Furgón)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	vas tascables	7	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		71704920700



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

09/04/21

NOMBRE SOLICITANTE

Jenniffer Alvarez

NOMBRE DEL SERVICIO

Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas	20	20
	N95	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1001426285



FECHA

09/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Keun Antraleaga

NOMBRE DEL SERVICIO

OTC - Cocin

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Was mascañuq	80	80

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	042322216



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

01/08/2020
Silvia Nestles
Urgencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Pañuelos casilleros	60	60
02	Batas no tejidas	30	30

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

Silvia Nestles



FECHA	09-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Emily Pmsca
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
5	Topabocas N: 95		5
4	batas		4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>Emily Pmsca</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1100081858



FECHA	09-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvia Rosales M.
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	topo Base N 95	5	5

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



FECHA

09/08/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin Anapolungu

NOMBRE DEL SERVICIO

UCF - Court

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	80	80
02	Toalla papel paquete	3	3
03	Desinfectante	2	2
04	Bolsa para desechos	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>[Signature]</i>
N. Identificación	N. Identificación	1025728288



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	09 Abril 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Edson Otero Victoria
NOMBRE DEL SERVICIO	Decoración

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tonel - 85-A	01	
02	Pesmas Papel castor	05	
03	Tapa Basas		
04	Paquetes de Toallas	06	
05	Alle plástico	02	
06	Folios	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

FECHA	09-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Miguel Rodríguez
NOMBRE DEL SERVICIO	65 años

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja Tapabocas	1	
2	planillas	1	
3	Kit Quirúrgico	1	
4	N95	2.	

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



FECHA	09/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Uso pitalizacion

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarillas quirurgicas	200	NO
2	N95.	50	NO
3	Batas de paciente	50.	NO
4.	gomas.	100	NO
5	Cintas de enmascarar	2.	2
6.	Toallas de papel	12.	12
7.	Lapicero Negro	1	1
8.	Sharpay	1	1
9.	manilla azul adulto	50.	—
10	manilla amarilla	50.	—
11	manilla azul niño	50.	—
12	manilla azul rosada	50	—
13.	Manilla Roja	50.	—

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	106584764



FECHA

09-04-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Vladis Ameta German

NOMBRE DEL SERVICIO

Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	KH		6
	#095		6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Vladis Ameta
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.104411557



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

NIT. 800.191.643-6

Fecha: 9/4/21 SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Con destino a: URGENCIAS.

Funcionario que hace la solicitud: SILVIA NIEBLAS

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	60	NO	NAS.
2.	2	2	PESMA CARTA.
3	10.	10	TORILLAS DESECHABLE.
4	1	NO	JABON
5	1	NO	GEL ANTIBACTERIAL.
6.	100	NO	MANILLAS AZULES.
7	50	NO	MANILLAS AMARIAS.
8.	30	30	BATAS DESECHABLES (PET)
9	30.	30	SABANAS DESECHABLES
10	4.	NO	CUBRE BOCAS
11	30.	NO	BATAS DE BIOSEGURIDAD.
12	1	1	TONER. 55X
13	2	2	LAPAL NEGRO.

AUTORIZADO POR : _____

RECIBIDO POR

SILVIA NIEBLAS.



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

09/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Felipe Acevedo

NOMBRE DEL SERVICIO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	ceja de tapa bucus	01	01
02	lapiceros	02	02
02	Pu4ortos de loalens	02	02

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Felipe Acevedo</i>
N. Identificación	N. Identificación	1102804463



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	9-4-21
NOMBRE SOLICITANTE	Deisy Jimenez
NOMBRE DEL SERVICIO	ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Kid quimioterapia	5	
	N 95	5	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Deisy Jimenez 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	08/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Natalia Tamayo.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kit Quirúrgico		
1	Kapsere Marcador		

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



FECHA	08 04 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Aleau
NOMBRE DEL SERVICIO	consultas

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas	20	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación <i>Ana Aleau</i>

FECHA	08/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado Osorio.
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapaboca N 45	12	12.
	Careta.	2	2

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

(Handwritten signature and ID number are present in the RECIBIDO column)



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

8/abril/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Alan R. S.A.C.

NOMBRE DEL SERVICIO

fiorelyp

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kot de Quiniquero	2	2
1	N95.	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	1104417930 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	08/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	N95	15	15
	Caja de Tapabocas	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>[Signature]</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 26238



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	08/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla quirúrgica	150	150
2	Lapicero negro	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	1065017640



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	08/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	KIT Quirúrgico	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	144416238



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

08/04/2021
Kresley Rueda
OCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Cirujías	14	14
02	Caja Grapa	1	1
03	Fajinas Negro	2	2
04	Fajitas	2	2
05	Corrector líquido	1	1
06	Marcador Sharpie	2	2

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: 8/4/21.

Con destino a: urgencia

Funcionario que hace la solicitud: Geop Cardenas

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	30	NO	10.95.
2	100	NO	Tapabocas.
3	20	20	batas pacientes.
4	2	2	Resmas tamaño carta.
5	20	NO	Batas Manga larga.
6	50	NO	Manillas azules.
7	0	NO	Marcadores.
8	2	2	Sharpie.
9	1	2	Batena Mediana Redonda
10	2	2	Lapiceros Negro

AUTORIZADO POR : _____

RECIBIDO POR Geop Cardenas



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	08-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Semirajés
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomédica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	trajes	2	2
2	N95	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	08/24/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kresty Ocarde
NOMBRE DEL SERVICIO	OC/S

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	WAS MAS ON 49	24	24

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	8/4/21
NOMBRE SOLICITANTE	Greer Cardenas
NOMBRE DEL SERVICIO	Urg.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	W.P 95	30	
02	Batas	20	
03	Tapabocas cón	2	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Greer Cardenas
N. Identificación	N. Identificación	1042441048



FECHA	08/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Luis Miguel Pérez A.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	2 Mascarillas N95	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Luis Miguel Pérez A.
N. Identificación	N. Identificación	1152001375



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	07/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Cesar Ortega
NOMBRE DEL SERVICIO	Puerta Principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapa Boca	150	

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

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

07/04/2021
Team Radiología
OCF

ÍTEM

DETALLE

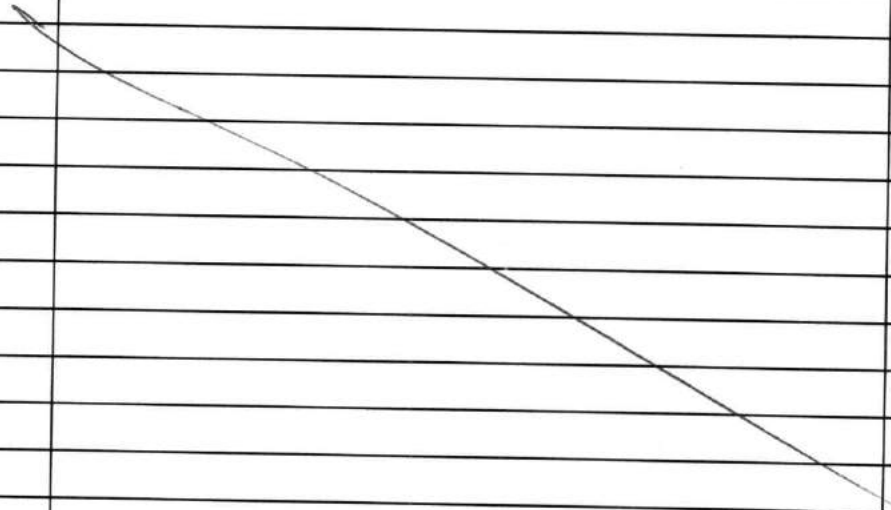
CANTIDAD SOLICITADA

CANTIDAD DESPACHADA

01 295 Ocasos

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	07 10 4 1, 2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado Osorio.
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos X

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas para pacientes.	10	10.
02	2 lapiceros negros.	2	2
03	1 Resaltador.	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>[Firma]</i>
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	07 - abril - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Carmen Efraim Pizarro
NOMBRE DEL SERVICIO	Ecografías

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit de protección	03	3

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

	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: 7-4-20

SOLICITADO POR: JOLSC R. Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: [Signature]

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Bata Para camilla,	30	30
2	Bata Para Paciente.	20	20
3	Tapaboca Nrgs.	10	10
4	Regma Papi	2	2
5	Tosillas. Papi	4	4
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

Versión
3

Código
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA

07/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Edwin Torres

NOMBRE DEL SERVICIO

As per cón comp

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Currying		

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma EDWIN TORRES
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.104.44.707



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	7 Abr 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mariel Madero R
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirua

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Carpetas Organizados	5	
2	Rema papel Carta	2	
3	Rema papel Oficio	1	
4	Mascarilla Desechable	2	
5	Toallas Desechables	3	
6	Carta Emuscarra	3	
			1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Mariel Madero
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

02/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Edm Alvarez

NOMBRE DEL SERVICIO

OC

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	12	12
02	Toallas paquete	4	4
03	Folletos Colgate	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	02/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Condellon
NOMBRE DEL SERVICIO	Ortopedia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas desechable	50	50

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

06/04/21

NOMBRE SOLICITANTE

Ana Diaz

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas manga larga.	20	20
2	Mascarillas quirúrgicas.	100	100
3	Mascarilla Nas.	20	20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	1005 0760



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

06 - 004 - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Rebeca Lopez

NOMBRE DEL SERVICIO

C. EXT.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapahocas	1	1 cop.
2	Tapahocas N 95	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 ALMACEN

FECHA

6/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE


Wilma Bereto Gomez

NOMBRE DEL SERVICIO

COVID.

ITEM	DETALLE
1	Tupisours N195. 7
2	Tupisours (cuy) 1

AUTORIZADO	
	<p>Wilma Bereto</p>

	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: 06-04-21.

SOLICITADO POR: *Julisa* Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: *URSUCA*

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	TAPABOCA N-95.	10	10
2	Gasma PAPER	2	2
3	FOGILIC PAPER	5	5
4	Sábana desechable para cunilla 15	15	15
5	Bata paciente	15	15
6	TAPABOCA CADA	3	3
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
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	06 ABRIL 2021
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL ROBLES C.
NOMBRE DEL SERVICIO	RAYOS X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	KIT QUIRURGIJLOS	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>[Signature]</i>
N. Identificación	N. Identificación	<i>Rx.</i> 3840479.



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	6 ABRIL 2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Lorena VILORIA M.
NOMBRE DEL SERVICIO	Londico.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de lapaboccos. X 500ml.	1	1.
2.	Tenner 55X.	1	1

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



FECHA

6/09/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Hilema Benito Gomez

NOMBRE DEL SERVICIO

Area Respiratoria (Covid)

ITEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Resma Tumorada (canta)	1	
2	Tuner 500A	1	
3	Wallas de Papel (paquete)	4	
4	Humilla azul	50	
5	Humilla amarilla	50	
6	Humilla roja	20	
7	Caja Tupperware	1	
8	Lapicera Roja	1	NO
9	Lapiz	1	
10	Papel Higienico	3	

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Hilema Benito



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	6-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Prasca
NOMBRE DEL SERVICIO	Matróna

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla Desechable.	8	8

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	05-Abril-21
NOMBRE SOLICITANTE	Erika Cardenas
NOMBRE DEL SERVICIO	subdir. Cientificol.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	caja Tababaccas	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1104425761



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

05/09/21
Judy Tabara
Química

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6	polcal ud. : Químico	6	6
6	musculin negs.	6	6
6	botbs.	6	6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma		Firma
N. Identificación	N. Identificación 1169540512	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	5/4/21
NOMBRE SOLICITANTE	Grey Cardenas
NOMBRE DEL SERVICIO	(Urgencia)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	N 95	20	
2	Tapa boca	2	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1042441048



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	05-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvia Padilla A
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Boto	3	3

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



FECHA

08 Abril 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Vicente Acosta

NOMBRE DEL SERVICIO

Almacén

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	<i>Tupubo-x 50</i>	1	1
2	<i>Saca. 9.50</i>	1	1
3	<i>lup 2</i>	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	<i>11000000000000</i>



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

NIT. 800.191.643-6

Fecha: 5/4/21 SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Con destino a: URBENIA C.

Funcionario que hace la solicitud: SILVIAN.

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	6.	6.	TUALLA DE PAPEL
2	4	4	CUBRE BOCAS.
3.	20	20	N 95
4.	20	20	MANTAS DE PACIENTE.
5	2	2	Resmas - tamaño carta.
6	1	1	Lapiz.

AUTORIZADO POR : _____ RECIBIDO POR SILVIAN.



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

05-04-2021

Arborea Paredes

Costura - Factoría - Auditorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Resmas papel Corte	2	2
02	Caja topabovos	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	S-03-21
NOMBRE SOLICITANTE	Yennifer Troya
NOMBRE DEL SERVICIO	Parto

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6	Tapyboca	6	6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Yennifer T.
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	05/04/2020
NOMBRE SOLICITANTE	Dr. M. J. S. S. S.
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3	topabow. N45	3	3.
3	top	3	3.
1	Coja topabow.	1	1.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación 112954002	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	05-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Paola Eula Alvarado
NOMBRE DEL SERVICIO	Infermería

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Desma Papel Carter	02	02
02	Caja Terebinto	01	01

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Paola Eula
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	05 (Abr) / 2020
NOMBRE SOLICITANTE	Yelmy Burelo
NOMBRE DEL SERVICIO	Epidemiología.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Yelmy Burelo
N. Identificación	N. Identificación	1104412350



FECHA	05-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Hospitalización
NOMBRE DEL SERVICIO	Neumología

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Toner	1	1
2	Tapa Bocas.	2	2.

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



FECHA	05/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mary Ochoa
NOMBRE DEL SERVICIO	Farmacia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapa boca	1	
	Resaltador	1	
	Sharpie	1	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Mary Ochoa
N. Identificación	N. Identificación	1005684471



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	5-4-21
NOMBRE SOLICITANTE	DEISY JIMEUE PE
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas desechables	5.	
	polainas	5 pares	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación DEISY JIMEUE PE