



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	12/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL D. ROBLES CABEZA.
NOMBRE DEL SERVICIO	RAYOS X

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	KIT QUIRURGICOS	10	10
02	Nº5	10	10
03	BATAS	06	06

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	T.C. Firma 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

12/04/2021
Kistey Ocaña
UCF - 0001

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	rodillo para lavar pañ.	3	3
02	Resma papel Carter	1	1
03	pur 500 g	1	1
04	kit @ cirugía	5	5

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



FECHA	12-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvia Paz Lillo
NOMBRE DEL SERVICIO	Odontología / Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Anti fibrinos	1	1
	Topas Duros	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

April 12/2022

NOMBRE SOLICITANTE

Hncy Orga Caya

NOMBRE DEL SERVICIO

Uceeser II

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	caja de tapabocas	1	

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



FECHA	12 Abril 2011
NOMBRE SOLICITANTE	Morol Morchejo P
NOMBRE DEL SERVICIO	Cirurgia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla N95	16	
2	Mascarilla Desechable	1 caja	
3	Jabón líquido	1	
4	Folder Organizador	5	
5	Gorcho legionario	1 caja	
6	Toallas Desechables	4	
7	Lápices Negro	10	
8	Lápices Rojo	10	
9	Lápiz	10	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Morol Morchejo
N. Identificación	N. Identificación	1.104416-170



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
Contrólado

FECHA	12 abril 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mileidis Gracia
NOMBRE DEL SERVICIO	Cartera

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	caja de tapabocas	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Mileidis Gracia
N. Identificación	N. Identificación	1104419615 N. Identificación

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Código FR-SF-16
	SOLICITUD DE ALMACEN	Fecha vigencia 1/09/2020	

Fecha: 0 11/09/21
 SOLICITADO POR: urgencias Enfermera (o) Jefe
 SIRVASE ENVIAR AL: MEIRA A.
 LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	N95	40	40
2	Tapaboca	100	100
3	RETMG cartk	4	4
4	Grapa	1	1
5	Manilla Azul	100	100
6	Manilla Amarilla	100	100
7	Manilla Azul Pediatrica	100	100
8	Manilla Fucsia	100	100
9	Manilla Rosa	100	100
10	Guata	2	2
11	Guardian	2	2
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Meira Aosta.



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	12-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Alva
NOMBRE DEL SERVICIO	cas externa

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas N- 95.	25	25
2	Tapabocas	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Ana Alva</i> Firma
N. Identificación	N. Identificación	3899798 N. Identificación



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	13/04/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Sindy Solaza.
NOMBRE DEL SERVICIO	Anestesiología.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6.	Quilla Epp. Congelada	6	6.
1	Capricino	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>[Firma]</i>
N. Identificación	N. Identificación	1189590592.



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

13-04-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Ashud Banao

NOMBRE DEL SERVICIO

Lebore for

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	tafabucos caja	1	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ashud Banao
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



FECHA

13/04/2021

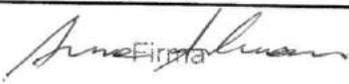
NOMBRE SOLICITANTE

Angela

NOMBRE DEL SERVICIO

C. Emerg

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Botn desdada	20	20

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	13/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Astrid Henaw
NOMBRE DEL SERVICIO	Traslado ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	BOLSAS	3	3
2	Tapabocas	3	3

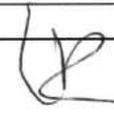
AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Astrid Henaw Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Código FR-SF-16
	SOLICITUD DE ALMACEN	Fecha vigencia 1/09/2020	

Fecha: 13-4-21
SOLICITADO POR: Ivica R. Enfermera (o) Jefe
SIRVASE ENVIAR AL: Urogene
LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

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

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: 

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	Versión 1	Código FR-SF-16
	SOLICITUD DE ALMACEN	Fecha vigencia 1/09/2020	

Fecha: 13-04-21
SOLICITADO POR: Meira Acosta Enfermera (o) Jefe
SIRVASE ENVIAR AL: URGENCIAS
LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Botas Manga larga	20	20
2	Toallas papel	6	6
3	N95	50	20
4	Tapabocas	50	50
5	Marca dor Borfable	3	3
6	PETMA @air	1	1
7	Sabanas	40	40
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Meira Acosta.



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

13/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Felipe Alvarado

NOMBRE DEL SERVICIO

Porcesia Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
06	Kaparocua NAS	06	06

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Felipe Alvarado
N. Identificación	N. Identificación	162064463



FECHA	Abril - 13 - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez L.
NOMBRE DEL SERVICIO	S. de Alimentac.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Resma tamaño carta	2	
2	Toallas desechables	2	
3	Tapabocas	1 caja	
4	Tapabocas N 95	2	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Eliana Alvarez L.
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



FECHA	13/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	[Firma]
NOMBRE DEL SERVICIO	COMBOLANICA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
6	TAPA BOCAS	6	6
3	kit	3	3
4	Batas	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	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	13/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Astrid Henao
NOMBRE DEL SERVICIO	Traslado ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3	GuPt EPP completo	3	3

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

Código

FR-GRF-001

Vigencia

01/08/2020

Documento

Controlado

FECHA

13/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Sobran ferns Lopez

NOMBRE DEL SERVICIO

UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quimico	20	20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Sobran ferns Lopez 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	14-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Astnid Bawef
NOMBRE DEL SERVICIO	LABORATORIO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Quil Quirurgico	4	4
	Tapaboca N95	10	10
	Tapaboca Coja	1	1

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

Astnid Bawef
Firma
N. Identificación



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

13/11/2020
Elizabeth V. Ortiz
Referencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Caja tapavaco	1	

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



FECHA

14.04.2021.

NOMBRE SOLICITANTE

Diana Trasco

NOMBRE DEL SERVICIO

Auditoria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla Desechable	5.	
2	Lapicero.	1	
3	Lapiz	1.	

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

(Handwritten signatures and stamps)

61572513



FECHA	14/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Dayana Arjel
NOMBRE DEL SERVICIO	Quimifono.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	mascañillas	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Dayana Arjel
N. Identificación	N. Identificación	1007851328



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

14/04/2021.

Cristian Mercado Osorio.

Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapabocas Qx Caja	50	50.

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

1102123639



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

14 / 04 / 2021

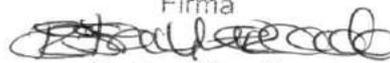
NOMBRE SOLICITANTE

Cristina Mercado Osorio

NOMBRE DEL SERVICIO

Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Kits de protección P.	5	5.

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/03/2020

Documento
Controlado

FECHA	14/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Felipe Aguilar Nohles
NOMBRE DEL SERVICIO	Cuenta Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	limpia vidrios	01	01
02	Paquetes de toallas Kasaklarre	02	02
01	Caja de tapa boca	01	01

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Felipe Aguilar Nohles</i>
N. Identificación	N. Identificación	110088463



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

14 04 - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Verónica Gil

NOMBRE DEL SERVICIO

URG.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Respiradores N95 =	2	2
2	Batas	2	2
1	Japones negro	1	No

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

Cristian Mercado Osorio,

NOMBRE SOLICITANTE

14 / 04 / 2021

NOMBRE DEL SERVICIO

Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	tapabocas N95.	6	6
	batas Ox.	4	4

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	14/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Dayana Angel
NOMBRE DEL SERVICIO	Quimifono

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	maskarillas. N95	17	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Dayana Angel Firma
N. Identificación	N. Identificación	1000851380 Identificación



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

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

27/04/2021
Sistema de Salud
UCS Adulto

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Malla papel paquete	6	6
02	papel higienico / rollo	4	4
03	UVA Quirurgico	15	15
04	Guantes Brando	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

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

14-04-2021

Rodolfo Upanza Martínez

AMB. OLM - 214

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kits QCO.	5	5
02	TAPABOCAS N-95	5	5

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

Upanza
110875297



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	15/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Pedruzco
NOMBRE DEL SERVICIO	UCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quimicos	20	20
01	Desus papel carta	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

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

15/04/2021
Genaro Ferrer
Orogona

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Bata	1	1
1	N 95	1	1

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación

Genaro Ferrer



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

15 ABRIL 2021.

LUZ DEL VIGILANTE

JURIDICA

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

1

Caja de Tapaboca X 50ml

1

1.

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

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	15/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Julio Solano
NOMBRE DEL SERVICIO	Olaytrium + (Atención)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	TAPP 24 SECUS NAS	10	10
02	TAPP 24 SECUS DESCLUS	10	10
03	Traje med prot	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		7704420700



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

15/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Deusán F. Alvarez

NOMBRE DEL SERVICIO

Matróna

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Overol (Traje Medpuro)	1	1

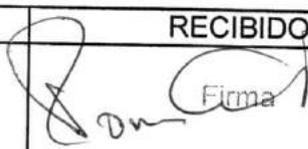
AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

Rebeca Alvarado
10878308



FECHA	15-04-20
NOMBRE SOLICITANTE	Roim San Mes
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospital

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	tapabocas . N95	40	40
2.	tapabos C99	1.	1
3.	Datos d platos	50.	40
4.	Datos de plateros	50	40

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	15/04/2020
NOMBRE SOLICITANTE	ANA ALIAN
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Bata Quirúrgica manga larga Antiséptico	2	2

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



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

15/04/2021
Angel codes
Cartero

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bata Antiflujo	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

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

15/04/2021
Angel Cordero
Cecilia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	295 Dascantag	2	2

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

Angel Cordero



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

15/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Justenia Alvarez Pupo

NOMBRE DEL SERVICIO

S.S.T.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Traje Medprust	11	11
2	Tapa bocas N95	22	22
3	Bolsa DE Fab	1	1
4	Caja de Tapa bocas	1	1
5	Topabocas N95	11	11

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	EDWIN TORRES <i>Edwin Torres</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación + 1.104.417.401

Justenia Alvarez Pupo
S.S.T.



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

Abril 15/21

NOMBRE SOLICITANTE

Carmen Padilla

NOMBRE DEL SERVICIO

Intendencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	<i>Uso de repuestos</i>	7	
2	<i>Bolsas para desmenu granules</i>	4	
3	<i>" " " " pup.</i>	4	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>Carmen Padilla</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>23.101.031</i>



FECHA	15/07/22
NOMBRE SOLICITANTE	Kamiradua
NOMBRE DEL SERVICIO	Orquidea

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	gel antibacterio	1	1
2	tapabocas desechables	200	100.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>Kamiradua</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104429497.



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

15/04/2020.

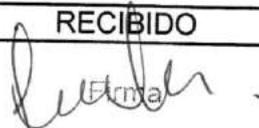
NOMBRE SOLICITANTE

Hospitalización.

NOMBRE DEL SERVICIO

Laura Alíen.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	ballas desechables.	7	7
2	fuscos tabch.	1	1
3	borros	100	100.
4	Guardianes.	7	7.

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

Código

FR-GRF-001

Vigencia

01/08/2020

Documento

Controlado

FECHA

15-04-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Camacho Jim

NOMBRE DEL SERVICIO

Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	TONER 83A (1105)	01	01
02	MASCARILLAS	100	100
03	SABUNOS DESINFECTANTES	20	20
04	PAÑUELOS DE TOALLAS	04	04
05	RESMA CARTA	01	01
06	PEPALETE EN BARRA	1	01
07	MASCARILLAS N. 95	20	20
08	CINTA MASKIN	05	05

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

16/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Justina Alvarez Pupo

NOMBRE DEL SERVICIO

S.S.T

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caretas	22	22

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 Código FR-GRF-001
Vigencia 01/08/2020 Documento Controlado

FECHA	16 / 04 / 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Astrid Henao Gonzalez
NOMBRE DEL SERVICIO	Traslado ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3	KPA Quinorgico	3	3
3	N-95	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Astrid Henao G 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

16/09/2021
 Estefy Oviedo
 UGI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	095 195 canillg	55	55
02	Bata Desechable	30	30

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



FECHA	16-04-20
NOMBRE SOLICITANTE	Ulady S Amieles
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia.

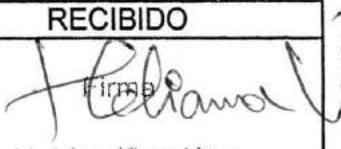
ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	bata	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Ulady S Amieles
N. Identificación	N. Identificación	1-104911552



FECHA	16/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Heliana Vergara
NOMBRE DEL SERVICIO	Medicina Interna

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Bala aspirado	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	7104409223



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

April-16-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Eliana Alvarez

NOMBRE DEL SERVICIO

S. de Alimentación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas antifluidos	2	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Eliana Alvarez</i>
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	16-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvio Jose Podillo.
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	traje Anti fluído	2	2
	Bata	2	2

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



FECHA	16/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Luis Miguel Peréz A.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	traje kit quirurgico	2	2
2	N95	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Luis Miguel Peréz
N. Identificación	N. Identificación	1152701375 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

16/04/2021

Kristey Muñoz

UCS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bot Quirúrgico	55	55
02	Toalla Ordo	8	8
03	Lapinas de go	2	2
04	Lapinas de go	2	2
05	marcador sharpie	3	3
06	marcador sharpie	1	1

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	16.08.2021
NOMBRE SOLICITANTE	Pandela
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	MASCARILLAS N: 95	15	15

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

Pandela

