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 - Abril - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Maria Paz Buendía
NOMBRE DEL SERVICIO	Servicios Generales

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Mascarilla N95	66	66
	Tapabocas desechables	264	264

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Maria Paz Buendía Firma 1104418517
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	19/4/21
NOMBRE SOLICITANTE	Grel Cardenas
NOMBRE DEL SERVICIO	Org

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Mascarilla	80	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Grel Cardenas
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1004140048

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	19/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado Osorio.
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	OVEROL	5	5
	Tapaboca N95	10	10.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 40212365 9.

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	19-4-21
NOMBRE SOLICITANTE	Estefany Hernandez m
NOMBRE DEL SERVICIO	Maternidad

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	2 botas antifluidas	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Estefany 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 abril 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mileidis Gracia
NOMBRE DEL SERVICIO	Cartera

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	caja tapabocas	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Mileidi Gracia
N. Identificación	N. Identificación	1104410615 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	19/11/24
NOMBRE SOLICITANTE	Grey Cardenas
NOMBRE DEL SERVICIO	Org.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Gorros	100	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1047441048

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	29/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Lic Estela Gomez Rodela.
NOMBRE DEL SERVICIO	C. Eqma

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Nqt Mascarilla	22	22

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	19/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalizacion

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla N95	50	50
2	Mascarilla quirurgica	100	100
3	Resma de papel	1	1
4.	Bata para paciente	30	30

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1065874690

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	19/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Natalia Tamayo
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedico

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3	Tapabocas KN95.	3	3

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	19-04-21.
NOMBRE SOLICITANTE	Viaday Arreta
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	EPP	2	2
2	#695		

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Viaday Arreta
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1-1044113557

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	19-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mum Andes
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI Adu

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	20 Overoles	20	20
	20 Polainas.	20	20.
	20 N95.	20	20.

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	19/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Jenifer Montalvo
NOMBRE DEL SERVICIO	Coordinacion de Enfermi.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	N95	7	7
2.			
3.			
4.			

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	19-4-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Calderon
NOMBRE DEL SERVICIO	QX.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	NQS	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Diana Calderon
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 3494065 9.

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	19/04/2019
NOMBRE SOLICITANTE	Felipe Arrieta
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	01 frasc de Fumigar	01	01

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Felipe Arrieta
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1102884963

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	19-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	JESUS NAVARRO
NOMBRE DEL SERVICIO	CITAS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	PAPEL CONTA	3	3
2	TAPAMICRO COYIA	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma JESUS NAVARRO
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	19-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Astrid Ramos
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	caja de tapaboca	1	
	pilas Triple A	7	

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 PEDIDO DE ALMACEN

FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO:__QUIROFANO_____ FECHA: 19/04/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	04	4	PAQUETES DE TOALLAS DE PAPEL
02	50	NO	POLAINAS
03	100	NO	GORROS
04	04	NO	TALCOS
05	01	1	PERFORADORA
06	01	1	GRAPADORA
07	100	100	MASCarillas
08	20	20	MASCarillas N.95

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	19-04-2024
NOMBRE SOLICITANTE	Luz E Gomez
NOMBRE DEL SERVICIO	Consulta Externa

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
06	Bonetas	10	10

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

FECHA	19/01/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Juan Carlos Santamaría
NOMBRE DEL SERVICIO	Enfermería Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de Popabocas	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 3893

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	19/04/2024
NOMBRE SOLICITANTE	Elizabeth Garcia Rey
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencias

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	tapabocas N. 95	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	20-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Teylavillanueva
NOMBRE DEL SERVICIO	QCA.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Batas.	20	20
2.	Tapa Bocas.	50.	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Teylavillanueva.
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	20 ABRIL 2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Cordero Viloria M.
NOMBRE DEL SERVICIO	JURIDICA.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de tapabocas x 50 und	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	29/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	[illegible]
NOMBRE DEL SERVICIO	ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	caja de tapa Bocas	1	1
3	Batas	3	3

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	20/04/22
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalizacion

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarillas quirúrgicas	100	
2	Gurwns	100	
3	Batas de bioseguridad mangas largas	30	
4.			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Ana Diaz
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1065897690

	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: 28. 04. 21

SOLICITADO POR: Candelaria Romero

SIRVASE ENVIAR AL: Quirofano

Enfermera (o) Jefe

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Guantes Desechables	4	
2	Guantes Estudio	10	
3	Perforadora	01	
4	Toallas desechables	04 P.	
5	Mascarillas N. 95	20	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Candelaria Romero

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	20/.04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kelly Morales
NOMBRE DEL SERVICIO	CCF

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarilla N95	10	10
02	Traje (overol)	10	10
03	Tapabocas desechable	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	20/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado Osorio.
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Overol	5	5
	tapaboca N95	5	5
	polainas.	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación M02123639.

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	20/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Natalia Tamayo
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomed.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Hoberol OCI		

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	BENJAMIN RIVERA
NOMBRE SOLICITANTE	30/04/2021
NOMBRE DEL SERVICIO	Mantenimiento

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Overol	1	1
02	Par de guantes	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	20-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Luis Miguel Perez P
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	traje QX	1	1
2	N95	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Luis Miguel Perez P
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 115270375.

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	20-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Luis Miguel Perez A
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Traje Quirurgico	3	3
2	N95	5	5

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

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	29- abril 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Carmen Otero Vitoria
NOMBRE DEL SERVICIO	Ecografías

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

FECHA	abril.-20/21
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	S- de Alimentación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapabocas N95	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Eliana 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	29-04-21.
NOMBRE SOLICITANTE	Vlady Arnieta
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	EPP	2	2
1	#95	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Vlady Arnieta
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.104911357

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	21/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kristy Paredes
NOMBRE DEL SERVICIO	OCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	20	20
02	resma papel carta	1	1
03	batas desechables	20	20
04	tasas para otaro	1	1
05	mallas papel	5	5

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	21/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Natalio Tamayo
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	N95.	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	21/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Daniel Martinez
NOMBRE DEL SERVICIO	Torniquete

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Nas Mascarilla	5	5

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 ALMACEN	Fecha vigencia 1/09/2020	FR-SF-16

Fecha: 21-04-2021

SOLICITADO POR: Ilia Acuña Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: Urgencias

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	N95	4.	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Ilia Acuña

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	21/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Laura Alian
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalizacion

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla N95	11	11

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	BENJAMIN RIVERA
NOMBRE SOLICITANTE	21/04/2021
NOMBRE DEL SERVICIO	Mantenimiento

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bajas rascadas	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma BENJAMIN
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	21/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	RAFAEL PEREZ
NOMBRE DEL SERVICIO	FARMACIA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	TONER 48A	1	1
2	TAPA BOCAS	50	50

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 ALMACEN	Fecha vigencia 1/09/2020	FR-SF-16

Fecha: 22/04/21.

SOLICITADO POR: SILVIA NIEBLES. Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: URGENCIAS.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	TAPABOCAS c/g	2.	2
2	SABANAS DESECHABLES	20.	NO
3	POLAINAS	20 PARES.	NO
4	MARCADOR BORRABLE.	2.	2
5	MANILLA AZUL ADULTO.	100.	NO
6	TOALLAS DESECHABLES	4.	4
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: SILVIA NIEBLES.

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	22 Abril 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Franco
NOMBRE DEL SERVICIO	Auditoria.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Mascarilla Desechable	8	8

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 6433333

E.S.E HOSPITAL
REGIONAL DE II NIVEL
DE SAN MARCOS
NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO:__QUIROFANO____FECHA 22/04/2021

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	01	01	TONER 83A
02	20	No	SABANAS DESECHABLES
03	20	20	MASCARRILAS N95
04	02	02	FITROS DE SUCCIONADOR
05	01	01	Cinta pegante ancha

Candelaria Moreno

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 22-04-21

Con destino a: Hosp.

Funcionario que hace la solicitud: Maria Carrizo.

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1.	-20-	NO	Batas de pote desech.
2	-20-	NO	Batas Manga larga desec
3	50	NO	Mascarillas N95
4	-100-	100	Mascarillas Quirurgica
5	-2-	2	Resma tamaño Carta
6	-1-	NO	Gasa x Rollo
7	.	1	Jabon Antibacterial
8	2	2	Cinta para mascara

AUTORIZADO POR : _____ **RECIBIDO POR** _____

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	22/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Caja Tapabocas	1	1
	Toallas de Papel	4	4
	Lapiceros	6	6
	Resma Papel carta	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación: 1004126235

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

FECHA	22/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas desechables	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104728238.

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	22/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Ejemplo.
NOMBRE DEL SERVICIO	Conducción ugis

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
60	tapabocas N 95	60	60

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	22/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Natalia Tamayo
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kit Reusable UCI (Cuna)	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Natalia Tamayo.
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	22/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Alberma Barrot
NOMBRE DEL SERVICIO	Decol -

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Overol (Rojo)	19	19

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

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS	Versión 2
	FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN	Vigencia 01/08/2020

FECHA	22/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Guillermo Barreto Gómez
NOMBRE DEL SERVICIO	COVID.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas N95.	19.	20

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	22-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Paola Perez Ivanovich
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	Kid		2
2	N 95		2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Paola Perez 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	22/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Guillermo Barrero Garcia
NOMBRE DEL SERVICIO	COVID

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Nas	4	4

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	22/09/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Guillermo Barreto Gómez
NOMBRE DEL SERVICIO	Cuna

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Overol	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** **2** **Vigencia** **01/08/2020**

FECHA	22 - 04 - 2024
NOMBRE SOLICITANTE	Ronny Gai. Mh
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencia

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

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

60 Gerver

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	22/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	María Camargo
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarilla N95	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	22-Abril-21
NOMBRE SOLICITANTE	Erika Cardenas.
NOMBRE DEL SERVICIO	Subdir. científica

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas Antifluido.	44	44.

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Erika Cárdenas
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104475761

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN	Versión 2 Vigencia 01/08/2020

FECHA	22/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Guillermo Burneto Gómez
NOMBRE DEL SERVICIO	CAMD.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kit desechables	20	20
2	Bata Desechable	15	10
3	Triplaxas Caja	1	1
4	Toner 5004	1	1
5	Toallas de papel (paquete)	15	12
6	Shampee	2	2
7	Lapicero Negro	4	4
8	Lapicero Rojo	2	2
9	Lapiz	2	2
10	Papel Higiénico	4	4
11	Resma de papel (carta)	2	2
12	Jabón líquido	4	2
13	Manillas azules	50	50
14	Manillas Amarillas	50	50
15	Manilla Roja	20	20

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	23-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Emily Prosa
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3	Gafas		3
2	Coletas		2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación 1100081858

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	28/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Fecil Antelvaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas desechable	20	20
02	Kit Quirurgico	65	65
03	Codrolias 2/9t	3	3
04	Tapon Segur Tam	2	2
05	Resma papel Carta	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	23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Caretas	8	8

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. 1047126238

	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	23/04/2021.
NOMBRE SOLICITANTE	Natalia Tamayo.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Grasa	1	1
2	Kit Quirurgico.	4	4

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	23/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Jostenia Alvarez Pupo
NOMBRE DEL SERVICIO	S.S.T

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Caretas	11	11

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	23/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL ROBLES C.
NOMBRE DEL SERVICIO	RX.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
10	KIT COVID-19 (LLENO)	10	10
15	N 95	15	15
02	TOALLAS DE PAPEL	02	02
02	PAPEL HIGIENICO	02	02
02	OBGROL	02	02

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma Daniel RC 3840419 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	28/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barbosa
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	tapabocas N95	30	30
2	kit manga larga	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Diana Barbosa
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 34.947.918

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	Abril - 23 / 21
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez I.
NOMBRE DEL SERVICIO	S. de Alimentación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapabocas N-95	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Eliana M. Alvarez
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	23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas antifluidos	16	16

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

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	Abril - 23 - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Veronica Gil
NOMBRE DEL SERVICIO	fisiotrapia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Bolsas antiphados	4	4

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	23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Elizabeth Coron Pons
NOMBRE DEL SERVICIO	Origen GR

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Vestido Oberol	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	23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Overol	12	12

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104262135

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	28/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ecm Mixedu99
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Overol (traje)	45	45
02	Lentes desechables	65	65

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	23/04/2024.
NOMBRE SOLICITANTE	Lorenita Arteta Chupa.
NOMBRE DEL SERVICIO	Transladar.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
3.	EPP. Completo	3.	3.
	Traje		

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Lorenita Arteta C.
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	28/04/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Sindy tobar.
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2.	EPP. . Completo	2	2.
	Traje		

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1129540518.

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	23/07/2021
NOMBRE SOLICITANTE	[illegible] Solano
NOMBRE DEL SERVICIO	Martinete

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Nos Balanilla	7	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.704420700

	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	23-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Eri Bonilla.
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Oberol	6	6

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

10877428

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	23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	abrest
NOMBRE DEL SERVICIO	urgencias

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	resfrado	1	1
1	N95	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	23/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL ROBLES
NOMBRE DEL SERVICIO	RX.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
04	OCULARES DE PROTECCIÓN	04	04
10	N 95	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 38404719

E.S.E HOSPITAL
REGIONAL DE II NIVEL
DE SAN MARCOS
NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD PEDIDO DE ALMACEN

FUNCIONARIO QUE HACE LA SOLICITUD: CANDELARIA MORENO CALDERA

ORGANISMO DE DESTINO: SALA DE CIRUGIA HRSM II NIVEL

SERVICIO:__QUIROFANO_____ FECHA: 23/04/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	20	10	SABANAS DESECHABLES
02	01 ROLLO	10	PAPEL PARA DESFIBRILADOR
03	50	50	MASCARILLAS
04	25	25	**MASCARILLAS N95**
05	04	4	**PAQUETES DE TOALLAS DESECHABLES**

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

23/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE	Orieta Hamburger
NOMBRE DEL SERVICIO	Gestion Ambiental

8	Tapabocas	8	8

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Orieta Hamburger C.C: 1102860678

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

23/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE	Delia Alvarez Paulich
NOMBRE DEL SERVICIO	Facturación

1	Caja de Tapaboca QX		
2	Tapaboca N95.		

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Delia Alvarez

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	28-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Maria Camizo
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas manga larga	20	
2	Batas para pacientes	20	
3	Resma papel tamaño Carta	1.	
4	tapabocas N-95	50	
5	Mascarilla Quirurgica	100	
6	Jabon antibacterial	1.	
7	Mascadores desechables	4	
8	Toallas de papel	10	
9	Gel antibacterial	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

FECHA	23-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ana Alicia
NOMBRE DEL SERVICIO	Emerg. Externo.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Lapicero Negro	2	
2	Resaltador Tamaño carta	1	
3	Tobaloas	50	
4	Tobaloas N 95	30	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 3426179

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	23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jenniffer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Careta	1	1
	Bolsas Rojas Pequeñas Paq	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

FECHA	24/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Elsa Lopez Orozco
NOMBRE DEL SERVICIO	Coordinación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	tapabocas N-95. Hasta lunes martes	30	30

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	24-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Lorena Gm. Nlh
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitales

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapabocas N: 95	40	
2.	Gorros.	200.	
3	Batas	100.	

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

24/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE	Jenifer Montalvo
NOMBRE DEL SERVICIO	Coordinación De Enfermería.

1.	Tapaboca	15	15
2.	3 N95	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO

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

24/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE	Veronica Gil
NOMBRE DEL SERVICIO	fisioterapia.

1	5 mascarillas N95	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		VGil

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	24/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barco
NOMBRE DEL SERVICIO	2. Pasoratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	N95 Tapabocas	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Diana Barco
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación CC: 34947928

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	24/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Jhon Jair Canel
NOMBRE DEL SERVICIO	Arxbeles.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	overol	2	2
2	LN95.	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1.004.97.

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

NOMBRE SOLICITANTE	Ana Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	25-4-2021
	Cocina Extra

1	Bolsas.	30	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Ana Alvarez 34997968

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

NOMBRE SOLICITANTE	Sd 25/04/2021
NOMBRE DEL SERVICIO	Contabilidad:

1	Cajd. Tapaboca	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO