



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: 26-04-2021

SOLICITADO POR: JISC R

SIRVASE ENVIAR AL: COVID + Enfermera (o) Jefe

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	N95.	26	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: JISC R

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

Fecha: 26/04/21

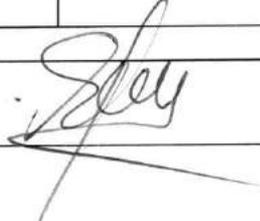
SOLICITADO POR: Elizabeth Garcia Perez Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: TIGERES EPP.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	tapabocas N. 95	50	50
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: 26/4/21
 SOLICITADO POR: Doctora GMA. Altamirano
 SIRVASE ENVIAR AL: Enfermera (o) Jefe
 LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

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

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: G. Altamirano

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

Fecha: 26/04/2021

SOLICITADO POR: YOLANDA P. ESPINOSA GON. Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

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

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: YOLANDA P.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

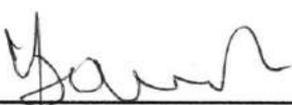
Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

26/08/2021
Rodolfo Uspacela Yparturo
AMB. / OLM-214

01	CAJA TAPA BOCAS NORML	50	50
02	KITS Q COS	2	2
03			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		

10875292



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:

26-09-20

SOLICITADO POR:

Fuisc R
COVID +.

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Promovida
1	KIT	22	
2	Batas	15.	
3	TAPABOCAS	1 caja.	
4	toalla.	15.	
5	Jabon liquido.	4	
6	PAPA HIGIENIC.	4	
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

hscck



NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

26/04/21
Johanne Vergara
Ambulancias

1	Kit Medico	6	6
2	Batas.	6	6
3			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Johanne Vergara



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

26/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

David Severiche d.

NOMBRE DEL SERVICIO

Prestos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	CD	30	30
2	KID Medico	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	David Severiche
N. Identificación	N. Identificación	9196835



26 - Obst - 2021

NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

Cosma Ordoñez

Batas azules	10
Toallas	01

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO



NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

20/04/2021
Enka Cardenas.
Subdir. Científica

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
cosma carta.	3	3.
tapaibacón caja	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Enka Cardenas. 1104425761



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión 3

Vigencia 01/03/2020

Código FR-GRF-001

Documento Controlado

FECHA

26-04-2021

NOMBRE SOLICITANTE

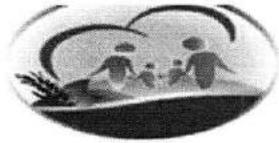
Hernán Olaya Gpo

NOMBRE DEL SERVICIO

Calidad

		SOLICITADA	DESPACHADA		
1	caja de fajas	1	1		

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
<p>Firma</p> <p>N.º del Empleado</p>	<p>Firma</p> <p>N.º de identificación</p>	<p>Firma</p> <p>N.º de identificación</p>



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: 26/04/21

N°	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	INSUMOS QUIRURGICOS
01	04	4	PAQUETES DE TOALLAS DE PAPEL
02	100	100	POLAINAS
03	100	100	GORROS
04	20	20	SABANAS DESECHABLES
05	01	1	RESMA CARTA
06	05	5	CINTA MASKIN
07	30	30	MASCARILLAS N95
08	100	100	MASCARILLAS

AUTORIZADO POR:

Candelaria Moreno
RECIBIDO POR:

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

Fecha: 26/04/21
 SOLICITADO POR: [Signature]
 SIRVASE ENVIAR AL: [Signature] Enfermera (o) Jefe
 LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	BOTAS.	25	
2	GOMOS.	25.	
3	CUBRE BOCAS.	1	
4	MANILLAS AZULES.	50.	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: [Signature]



FECHA	27/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Fernando Pineda
NOMBRE DEL SERVICIO	UCS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Amy	8	0
02	39795	20	20

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	27/08/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jemis Ortiz
NOMBRE DEL SERVICIO	Maternidad

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Kit Medico	2	2
2	Monogufa	2	2
3	Batas	2	2
4.	NGS	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. identificación	N. identificación	Jemis Ortiz N. identificación



FECHA	27-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Candelario Perea
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	KIT Povidone I	07	07
02	Bata	07	07
03	N95	20	20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación Candelario Perea

Dispunct



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	27-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Leyla Villanueva
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirofano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Batas Manga larga	10	10

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



FECHA	27/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Francisco R. Siles
NOMBRE DEL SERVICIO	U-1

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascaróns D95	30	30

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



FECHA

27-04-21

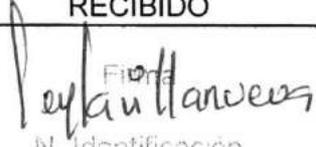
NOMBRE SOLICITANTE

Leyla Villanueva

NOMBRE DEL SERVICIO

Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapa bocas N95	7	7

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

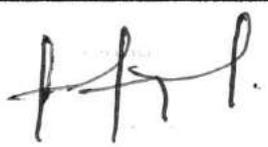
Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

NOMBRE SOLICITANTE
NOMBRE DEL SERVICIO

29 Abril 2021 p.
Lourdes Victoria P.
Jornalera

1	Caja de topaboceros x 50.	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión

1

Código

SOLICITUD DE ALMACEN

Fecha vigencia

1/09/2020

FR-SF-16

Fecha:

07/4/21

SOLICITADO POR:

SILVIA NIEMEZ.

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

URGENCIA.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	GOMPOS DESECHABLES.	6	
2	BATA DESECHABLES.	6	
3	(SABANA DESECH)	0000.	
4	SABANAS DE TELA.	7.	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

SILVIA NIEMEZ.



NOMBRE SOLICITANTE	27-04-2021 Hugo Vergara
NOMBRE DEL SERVICIO	Porteria Principal

1	Caja de Tapabocas	1
1	Caja de Guantes	Nº
1	Paquete de Jabon liquido	1
3	Ptas de Tohallas Desechables	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Hugo Vergara



27 abril 2021

NOMBRE SOLICITANTE	Mileidis Gracia Padilla
NOMBRE DEL SERVICIO	Carteva

Cantidad	Descripción	Unidad	Cantidad
1	caja tapabocas	1	1
2	Jabon liquido	1	1
3	Pesma tamaño carta	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
		Mileidis Gracia 1104419615



FECHA	20/10/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapabocas Caja	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	100026230



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE

FARMACIA

Fecha: 27-04-21 Con destino a: Hospitalización

Funcionario que hace la solicitud: Alfonso Cañero

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	- 50 -	50	Mascarilla N-95
2	- 100 -	100	Mascarilla Quirúrgica
3	- 100 -	260	Gomos desechables
4	- 20 -	10	Batas mangas largas
5	- 20 -	260	Batas para Pies
6	- 50 -	260	Mascarillas Azeles Adulto

AUTORIZADO POR : _____

RECIBIDO POR _____



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	27/04/2020
NOMBRE SOLICITANTE	Luis Miguel Perce A.
NOMBRE DEL SERVICIO	Biomedica.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas x50 UNP	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Luis Miguel Perce
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

29-04-2021

NOMBRE SOLICITANTE

JOSÉ MANUEL

NOMBRE DEL SERVICIO

citas

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	fornitura casa	1	1

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión
3

Código
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	<i>26/01/2021</i>
NOMBRE SOLICITANTE	<i>Juan Manuel Flores Dur</i>
NOMBRE DEL SERVICIO	<i>Archivo Central</i>

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
<i>1</i>	<i>fajarcas</i>	<i>1/1050</i>	
<i>2</i>	<i>Desinfectante</i>	<i>1</i>	
<i>3</i>	<i>lapiz Negro</i>	<i>4</i>	
<i>4</i>	<i>lapicero Negro</i>	<i>4</i>	
<i>5</i>	<i>Sharpie Negro</i>	<i>2</i>	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>[Signature]</i>
N. Identificación	N. Identificación	<i>1504 424 679</i>

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

Fecha: 28-4-2021

SOLICITADO POR: Jlia Aeww Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL: J. Aeww

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

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

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: Jlia Aeww



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	<i>April 28-2021</i>
NOMBRE SOLICITANTE	<i>Carmel Padilla</i>
NOMBRE DEL SERVICIO	<i>Radiofísica</i>

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
<i>1</i>	<i>Tapachecos con</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>2</i>			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Carmel Padilla</i>
N. Identificación	N. Identificación	<i>23101037</i>
		N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	28/04/20
NOMBRE SOLICITANTE	St. VIS Per. Lora
NOMBRE DEL SERVICIO	SSAU

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Cubre bocas cogen	1	7

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. identificación	N. identificación	1101783728



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	28-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mary Argueta Calle
NOMBRE DEL SERVICIO	Cocina

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
001	tapabocas	8	8
002	termos bombas	3	3
003	pasabateros	1	1
004	lapiceros	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Mary
N. Identificación	N. Identificación	34-744-071



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	28/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	David Severiche M.
NOMBRE DEL SERVICIO	Recepción X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Recepción	4.	X

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. identificación	Firma N. identificación	Firma David S N. identificación 9146835



FECHA	28 Abril 2020
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Restrepo
NOMBRE DEL SERVICIO	TESORO

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

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	[Handwritten Signature]
N. Identificación	N. Identificación	[Handwritten ID Number]



FECHA	28-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Sebastián Flores
NOMBRE DEL SERVICIO	USI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	KN 95	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Sebastián Flores
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

28/04/21

NOMBRE SOLICITANTE

Elizabeth Correas

NOMBRE DEL SERVICIO

Epp Servicio Urgencia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	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

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3Vigencia
01/08/2020Código
FR-GRF-001Documento
Controlado

FECHA	28-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Roseli Peres
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	bata	2	2
	N 95	1	1

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

28-abril-2021

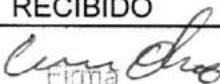
NOMBRE SOLICITANTE

Camacho Victoria

NOMBRE DEL SERVICIO

Geografía

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	- N-95	20	

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

28/04/21

NOMBRE SOLICITANTE

ROSIVIS GARCIA

NOMBRE DEL SERVICIO

Maternidad

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

1.

INQS

2

2

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación

ROSIVIS GARCIA



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

28/08/2021
Fernando Antezano
UCE

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	U 95 MASCAVALG	22	22

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

Código

FR-GRF-001

Vigencia

01/08/2020

Documento

Controlado

FECHA

28 - Abril - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Haría Paz Buendía

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Boda	1	1
	N95	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Haría Paz Buendía Firma
N. Identificación	N. Identificación	1104418517 N. Identificación

Disponible



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	28-4-21
NOMBRE SOLICITANTE	Greth Carstener
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgencias

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Corros	50	
	Batas Para Pacientes	20	
	Sabunax desechables	20	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Greth Carstener 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	28-04-20
NOMBRE SOLICITANTE	Mordoni Ronder Perez
NOMBRE DEL SERVICIO	Oceron

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
7	Gofes	7	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. identificación	N. identificación	Mordoni 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	28/04 2020
NOMBRE SOLICITANTE	Franz Kotelsch
NOMBRE DEL SERVICIO	Disponibilidad (Ambulancia - UOB - CX - Hospitalización)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	gata	1	1
02	N95 Mascantls	1	1
03			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Franz Kotelsch
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1143327298



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

Es power!

FECHA	28-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Maria Paz Bwendia
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Polainas x 25	1	1
	Gorros x 50	1	1
	Bata	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Maria Paz Bwendia Firma
N. identificación	N. identificación	1104418517 N. identificación



FECHA

28 - Abril - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

Carla Rosa Rojas

NOMBRE DEL SERVICIO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas desechables	20	
02	basuras	50	

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



FECHA	28-04-21
NOMBRE SOLICITANTE	Ronny Con. MI
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalar

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Bato de pñu pagale	50	
2	Gonros pagale	50	
3	pólmis pagale	50	
4	tapabocas. Cajas	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	28/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Leon Antezaga
NOMBRE DEL SERVICIO	UCS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Pedio	22	22
02	Bata Desechable	20	20
\			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	



FECHA: 23/04/21
NOMBRE SOLICITANTE: ROSIRIS GARCIA
NOMBRE DEL SERVICIO: Ginecología

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Kit Médico	2	2
2	Batas	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma ROSIRIS GARCIA
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	28 - Abril - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Guillermo Alvarado
NOMBRE DEL SERVICIO	ECG

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit médico	07	

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	28/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Hospital José A. Cavallari
NOMBRE DEL SERVICIO	ambulatoria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	KH Medico	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

29/10/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Laura Alidn

NOMBRE DEL SERVICIO

Minterna

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Vit medicos	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

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	29-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Silvia Paredillo
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Bateas	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: 20/4/21
 SOLICITADO POR: Silvia Nieves. Enfermera (o) Jefe
 SIRVASE ENVIAR AL: Urgencias
 LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	TOALLAS DESCHAPUES.	6.	0
2	BATA PARA PASUELTE	20.	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR: 

REIBIDO POR: Silvia Nieves.



FECHA	29-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ardelean Jhon Colón
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Resma Corta	01	01
02	Mandiles Quirófano	50	50
03	Resaltador	01	01
04	Sabanas desechables	20	20
05	Gogol Quirúrgico	50	50
06	Alcance	25	25

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>Ardelean Jhon Colón</i>



FECHA	29/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Mte lvagg
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bot Medico	20	20
02	Bata Desechable	20	20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1041722388



FECHA

29/04/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Diana Barzo

NOMBRE DEL SERVICIO

S. Hospitalar

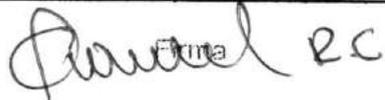
ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Gorros	500	
2	Batas	15	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		Diana Barzo
		02:34-447-918 sl



FECHA	29/ABRIL
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL ROBLES.
NOMBRE DEL SERVICIO	RX.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	KIT. DE PROTECCIÓN	01	01
	BATAS QUIRURGICAS.	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		 3040919.



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA

29-04-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Benildora Juanes Caldera

NOMBRE DEL SERVICIO

Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	MASCARILLAS N°95	02 copos	02

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación Benildora Juanes Caldera



FECHA

20/10/2021

NOMBRE SOLICITANTE

León Amparado

NOMBRE DEL SERVICIO

UCI

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD SOLICITADA

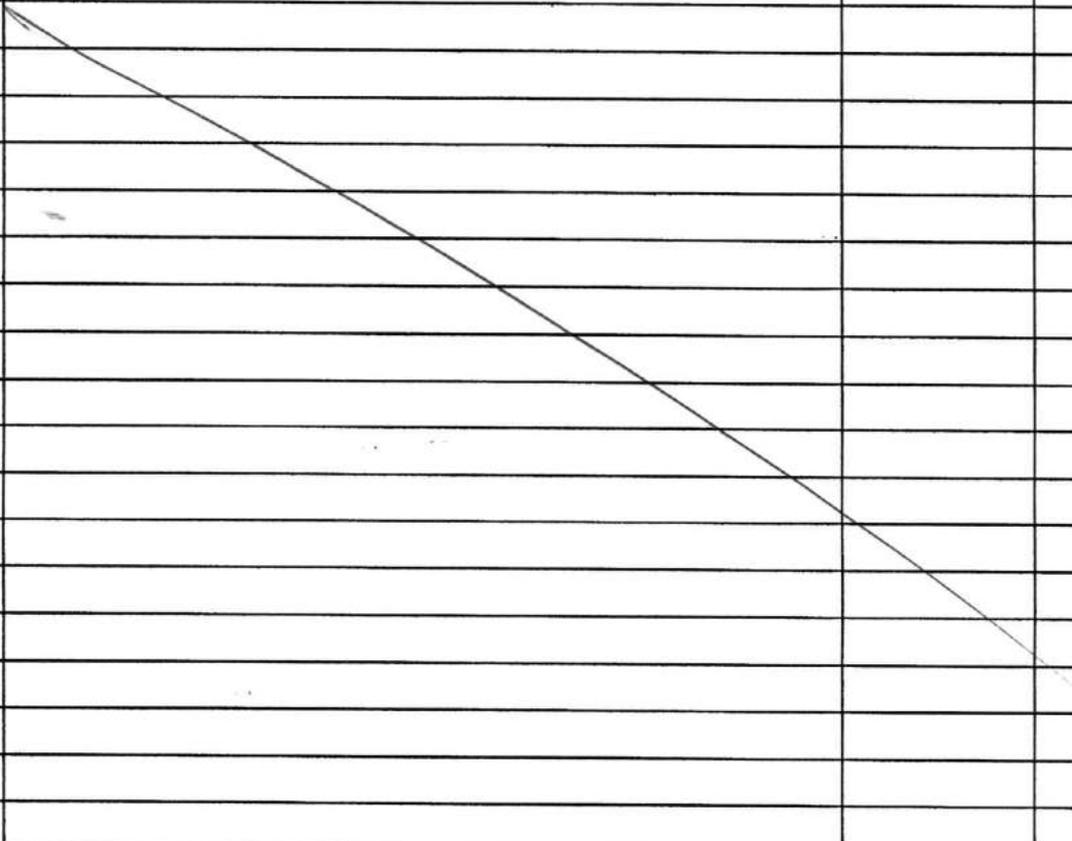
CANTIDAD DESPACHADA

01

205 mascarilla

20

20



AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. identificación

N. identificación

1041320202



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

20-09-21

Sebastian Flores

Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Dorol, Kn95	3	
	Kn95	3	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma N. Identificación
		Sebastian Flores 1.100.081.113



FECHA	29/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barros
NOMBRE DEL SERVICIO	S. Transfusiones

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
17	Tapabocas N 95	15	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Diana Barros N. Identificación 001.34 942 - 918 81



FECHA	29/Abr-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mary Ochoa
NOMBRE DEL SERVICIO	Farmacia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas Antifluído	10	10

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

[Handwritten Signature]
S.S.T



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	29 DE ABRIL
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL ROBLES .C.
NOMBRE DEL SERVICIO	RX.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	TAPABOCAS N°95	20	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Daniel Robles .C.</i>
N. Identificación	N. Identificación	3840419



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

29. 2511 2021.
Diana Prasco
Medicina

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	fascicillo Desecurable	1	1

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación

[Handwritten signature and initials]



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

29-4-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Wilman Montarrosa

NOMBRE DEL SERVICIO

Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	cytopabras cja	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. identificación	N. identificación	N. identificación



FECHA	29 de Abril de 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Marly Anguima
NOMBRE DEL SERVICIO	Area Administrativa

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
001	Tapabocas + cajas	2	2

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: 30/4/21
 SOLICITADO POR: SILVIA NIEMIES.
 SIRVASE ENVIAR AL: Hosp. TERNACION.
 LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	COBRE BOCAS N OS.	30.	NO
2	CAJITA DE PAPEL.	2.	2
3	MANILLA. COLOR. ADULTO.	100.	100
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR: SILVIA NIEMIES.



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	20/04/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapabocas	1	1
	Bollos Papel higiénico	6	6
	Jabón	Recarga	Recarga

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:

30/09/2021

SOLICITADO POR:

Grey Cardenas

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

Oficina

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Mascarillas	100	100
2	Sabanas desechables	50	NO
3	Toner 55X	1	1
4	Toallas de Papel.	10	NO
5	Jabon & Citrus	3	2
6	Gel & gelatin	4	1
7	Gorros.	100	NO
8	Batas Para Pacientes	50	NO
9	Marcadores borrables.	3	3
10	Sharpe.	2	2
11	Lapiceros	3	3
12	Papel Magnifico	8	NO
13	Resmas: Carta	2	NO
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

Grey Cardenas



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

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 30-04-21

Con destino a: Hospitalización

Funcionario que hace la solicitud: Maria Caniano

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	200	200	Mascarilla Quirúrgica
2	50	NO	Mascarilla N-95
3	3	3	Misma papel tamaño Carta
4	20	NO	Bata manga larga
5	NO	NO	Bata de paciente
6	10	NO	toallas de papel
7	10	10	Carpetas de Cartón
8	100	NO	Gorros desechables
9	1	1	Jabon Antibacterial

AUTORIZADO POR :

RECIBIDO POR



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	30/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL RIBLES
NOMBRE DEL SERVICIO	RX

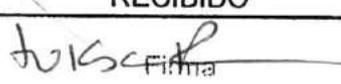
ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	TAPAFUOCOS NORMALES	01 caja	01 caja

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



FECHA	30/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Luisy Jerez
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Bafas Desodorante	67	67

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	1140800078



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	30/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	DANIEL ROBLES C.
NOMBRE DEL SERVICIO	EX

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	BATAS DESPACHABLES	10	10

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

[Handwritten signature]
3860414



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	30/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Ruben Rodolfo Meuco
NOMBRE DEL SERVICIO	Responsabilidad Limpieza (ca / org / Hospital regional)

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Botas Desecolor	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Ruben Rodolfo Meuco
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1443327218



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

20/4/21

NOMBRE SOLICITANTE

SILVIA MORALES

NOMBRE DEL SERVICIO

HOSPITALIZACIÓN

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	CUBRE POCAS N 95.	30	

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



FECHA

30-04-21

NOMBRE SOLICITANTE

Ana Patricia Vides

NOMBRE DEL SERVICIO

Pediatria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	bata antipluiole	1	1

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3
Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001
Documento
Controlado

FECHA	30/08/2020
NOMBRE SOLICITANTE	Jhon juan Guen
NOMBRE DEL SERVICIO	Análisis de

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	Gloves Anti fluido	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. identificación	N. identificación	N. identificación

104-422-20



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	30-04-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Erico Podillo
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Bolsa Amplias	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	abril - 30 - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	S. de Aliment.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tapabocas N 95	5.	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Eliana Alvarez
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	30/04/2021
NOMBRE SOLICITANTE	S.S.T
NOMBRE DEL SERVICIO	Justicia

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

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. identificación	N. identificación	N. identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

20-09-2021

Rufo Perz

Análisis

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

3 M95

3

3

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

N. Identificación

Firma

N. Identificación

Firma

N. Identificación

Rufo Perz