| | | |
|---|---|---|
| | **HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**<br>**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN** | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 31/05/21 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Jenniffer Alvarez |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | Mascarillas N95 | 15 | 15 |
| | Batas | 10 | 10. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. 1007126258. |

| | | |
|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| FECHA | Mayo - 31 - 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Eliana Alvarez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | S. de Alimentacion |

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

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Eliana M. Alvarez<br>N. Identificación |

| | | |
|---|---|---|
| | **HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**<br>**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN** | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 31/05/2027 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | [illegible] |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Cirugía |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapaboca NQS | 40 | 40 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identif. | N. Identificación | N. Identificación<br>11041949 |

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 31/05/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Elizabeth Garcia P. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Epp ingresos |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapaboca N-95 | 60 | 60 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

| | | |
|---|---|---|
| | **HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**<br>**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN** | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| FECHA | 31/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | DANIEL ROBLES C. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | RX |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | 01 CAJA DE N95 | 10 | 20 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma Daniel Robles |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación 38404419 |

| | | |
|---|---|---|
| | **HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**<br>**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN** | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 31/05/2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Kevin Arteaga |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | UCI |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | Kit Medico | 20 | 20 |
| 02 | N95, Mascarilla | 20 | 20 |
| 03 | Bata desechable | 10 | 10 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación 74278288 |

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 28/05/2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Kenia Arteaga |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | OCF |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | Mascarilla N95 | 70 | 70 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma Deisy Jimenez |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |

| | | |
|---|---|---|
| | **HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**<br>**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN** | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 28 - MAYO - 2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | XIMENA H |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | PINMEDACIÓN |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 2 | TAPABOCA N. 95 | 2 | 2 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>XIMENA H.<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 28/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jenniffer Alvarez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | Mascarilla N95 | 10 | 10. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identif. | N. Identificación | N. Identificación 1054426238 |

| | | |
|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |

| | |
|---|---|
| FECHA | 28/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Nelio Solar |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Mantenimiento |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | vas Mascarilla | 10 | 10 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>1.704420700<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 28-05-2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Wilman Montarroza |
| **NOMBRE DÉL SERVICIO** | Ambulancia |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | Vata antifluido | 3 | 3 |
| | Tapaboca N95 | 3 | 3 |
| | Careta | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN | Versión 2<br>Vigencia 01/08/2020 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 28-05-2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Rodolfo Upanda ul. |
| NOMBRE DÉL SERVICIO | AMB. OLM-214-215 |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 3 | Kit Antifluido, | 03 | 03 |
| | | | |
| 3 | fopo Boeas N-95 | 03 | 03 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación 10875297 |

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 28/05/21. |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Ana Díaz |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Hospitalizacion |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapabocas N95. | 80 | 80. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>Ana Díaz<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 27/05/21. |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Ana Díaz |
| **NOMBRE DÉL SERVICIO** | Hospitalizacion. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | Tapabucas N95. | 40 | 40. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>Ana Díaz<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 27/05/21 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Elizabeth Garcia Perez |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Epp urgencias |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapabocas N-95 | 60 | 60 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | 26/05/2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Natalia Tamayo |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Biomed |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapabocas N95 | 1. | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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** | 26 Mayo 2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Heliano Vergara |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Urgencia |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | Bata antifluido | 2 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma Heliano V. |
| 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** | 26/05/2021 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Lecin Antezana |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | UCI |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | Nat Mascarilla | 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 | 26/05/2021. |
| NOMBRE SOLICITANTE | Carlos Daniel Lamotta. Díaz. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Auditoria de cuentas medica |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | 7 tapabocas N95 | 7 | 7 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma Carlos Lamotta D |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación 1.100602801 |

| 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 | 26/05/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jenniffer Alvarez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | Mascarillas N95 | 20 | 20 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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** | 25/05/2022 |
| **NOMBRE SOLICITANTE** | Karen Hernandez |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Cirugía |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapabocas N 95. | 40 | 40 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación 1104491001 |

| 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 | 25/05/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Ana Diaz |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Hospitalizacion |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | Tapabocas N95 | 40 | 40 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br>Ana Diaz<br>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 | 25-05-2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Geidy Vanesa Castro |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Referencia y contra Referencia |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | Bata antifluido | 2 | 2 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Vanesa Castro

| 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 | 25/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jenifer Montalvo |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Coordinación UCI |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1. | N95 | 3 | 3 |
| 2. | Tapabocas | 15 | 15 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 24/05/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Elizabeth Gomez Pres |
| NOMBRE DEL SERVICIO | EPP urgencias |

| 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<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01.08.2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 24 / 05 / 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Cristian Mercado. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Rayos X |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | batas Antifluidos | 6 | 6. |
| | | | |
| | tapaboca N95 | 20 | 20 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación |

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 24/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Edan Arévalaga |
| NOMBRE DEL SERVICIO | UCI |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | Mascarilla N95 | 15 | 15 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br>Deisy Jimenez<br>N. Identificación<br>11044161 6 1 |

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | Mayo 24 / 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Veronica Gil S. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | fisiot - URO - HOSP. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | Mascarilla N95 | 6 | 6. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |

| | |
|---|---|
| FECHA | Mayo - 24 - 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Eliana Alvarez L. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | S. de Almacen. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1. | Tapaboca N 95 | 5 | 5 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Eliana del Alvarez L.<br>Firma<br>N. Identificación |

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 24-Marzo-2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Maria Paz Buendia |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Servicios Generales. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | N95 | 51 | 51 |
| | Tapabocas | 124 | 124 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Maria Paz Buendia<br>Firma<br>1104418512<br>N. Identificación |

| HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 24/05/2024 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Luis Daniel Alva |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Archivo central |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 4 | fajo bocas | 4 fajo | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación<br>1104424679 |

| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version 3<br>Vigencia 01/08/2020 | Codigo FR-GRF-001<br>Documento Controlado |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA | 24-05-2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Silvio Podillo. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | topo- bosa | 2 | 2 |
| | | | |
| | | | |
| | AmB 214 - 215 | | |
| | OLm | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |

| | |
|---|---|
| FECHA | 21/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Kelvin Antezana99 |
| NOMBRE DEL SERVICIO | UCI |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | Mascarilla N95 | 60 | 60 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación 73498262 |

Jefa de Secc

| | | | |
|---|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS<br>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACEN | Version<br>3<br>Vigencia<br>01/08/2020 | Codigo<br>FR-GRF-001<br>Documento<br>Controlado |

| | |
|---|---|
| FECHA | 21-05-2021. |
| NOMBRE SOLICITANTE | LENI ORTIZ Roj |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Hospitalización. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1. | Tapabocas N-95. | 80 | 80 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Leni Ortiz Roj<br>Firma<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 21/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Jenniffer Alvarez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | Mascarillas N95 | 5 | 5 |
| | Mascarillas N95 | 5 | 5 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación<br>1104126238. |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 21/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Karin Hernández |
| NOMBRE DEL SERVICIO | cirugía |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapaboca N95. | 40 | 40 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br>Karin Hernández Rivas<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 21/05/21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Elizabeth García Pérez |
| NOMBRE DEL SERVICIO | = Urgencias = |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1. | Tapabocas N-95 | 60 | 60 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | MAYO - 21 / 21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | José León Muñoz |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Control Interno |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | CAJA TAPADERA | 1 | 1 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 20/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Ana Díaz |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Hospitalización |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | tapabocas N95 | 80 | 80 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br>Ana Díaz<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 20/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Diana Barrios |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Laboratorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1 | Mascarillas N 95 | 15 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br>Diana Barrios<br>N. Identificación<br>34-947 91 P |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 20 Mayo 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Loaiza Vitoria M. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Jurídica. |

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

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 19 / 05 / 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Cristian Mercado O. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Rayos x. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | tapabocas N95. | 20 | 20. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br><br>N. Identificación | Firma<br>[illegible]<br>N. Identificación<br>1102123639 |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 22/05/2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Fecha Almolonga |
| NOMBRE DEL SERVICIO | UCI |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 01 | N95 Mascarilla | 20 | 20 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | 1041 N. Identificación |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 19/04/2021. |
| NOMBRE SOLICITANTE | Carlos Jonatta Diaz |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Auditorio de Centros. |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 1. | TAPabocas N95 | 4 | 4. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>Carlos Jonatta Diaz<br>N. Identificación<br>1.126687606 |

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

| | |
|---|---|
| FECHA | 19-05-21 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Paola Perez. |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Ambulatorio |

| ÍTEM | DETALLE | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD DESPACHADA |
|---|---|---|---|
| 4 | N 95 | 4 | 4 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma<br>N. Identificación | Firma<br>N. Identificación | Firma<br>P. Perez.<br>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- mayo- 2021 |
| NOMBRE SOLICITANTE | Carmen Otero Vitorio |
| NOMBRE DEL SERVICIO | Ecografias |

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

| AUTORIZADO | DESPACHADO | RECIBIDO |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Carmen Otero<br>Firma |
| N. Identificación | N. Identificación | N. Identificación |