



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Versión

1

+

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS A FARMACIA

Fecha vigencia

1/09/2020

FR-SF-16

Fecha:

15/05/21
R. P. S.

SOLICITADO POR:

Enfermera (o) Jefe

SIRVASE ENVIAR AL:

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN:

No.Orden	DETALLE	Cantidad Solicitada	Cantidad Dispensada
1	Bata Intropilento	01	
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

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Version
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/03/2020

Documento
Controlado

FECHA

13/5/2021

NOMBRE SOLICITANTE

EDWIN TORRE

NOMBRE DEL SERVICIO

carpentaria

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas N95	33	33
2	Ket pururgica	2	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	EDWIN TORRE
N. Identificación	N. Identificación	1104 412 401



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	07/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	ken Arisulaga
NOMBRE DEL SERVICIO	OCU

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascanuq N95	22	22

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



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

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/03/2020

Documento
Controlado

FECHA	12-05-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Andrés Lorena Pabón
NOMBRE DEL SERVICIO	EXTERNA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	MASCORILLAS N95	03	03

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>Andrés Lorena Pabón</i>



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Version
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	12/05/2020
NOMBRE SOLICITANTE	Elizabeth Garcia
NOMBRE DEL SERVICIO	Sumado EPP urgentes

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	tapabocas N-95	65	65

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



FECHA: 12/05/2021
 NOMBRE SOLICITANTE: Jenifer Montalvo
 NOMBRE DEL SERVICIO: Coordinación de Enfermería

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tarpabocas	15	15
2.	N95	3	3

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	12/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	IVON DURAN
NOMBRE DEL SERVICIO	Rec. Humano.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	TRAFICAR. Caja	1	1

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



FECHA	11-05-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Amada Soto
NOMBRE DEL SERVICIO	pie frige - puerta principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Tapa bocas N. 95	4	
	pilas triple A	2	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>Amada Soto</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



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

Versión
3
Vigencia
01/03/2020

Código
FR-GRF-001
Documento
Controlado

FECHA	11/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kelita Acuña Nobles
NOMBRE DEL SERVICIO	Puerta Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
02	Paquetes de toallas	02	02
03	Tapa boca NAS	03	03

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Kelita Acuña Nobles</i> Firma
N. Identificación	N. Identificación	1102080467 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	11-05-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Yolfa Otero
NOMBRE DEL SERVICIO	Consultas

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Batas antiflorido	2	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Yolfa Otero</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 34.950.224



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	11/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Henry Rodríguez
NOMBRE DEL SERVICIO	UAG

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	UAG	20	20
 			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		 30587881



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

11/05/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Angela

NOMBRE DEL SERVICIO

C. Epider

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

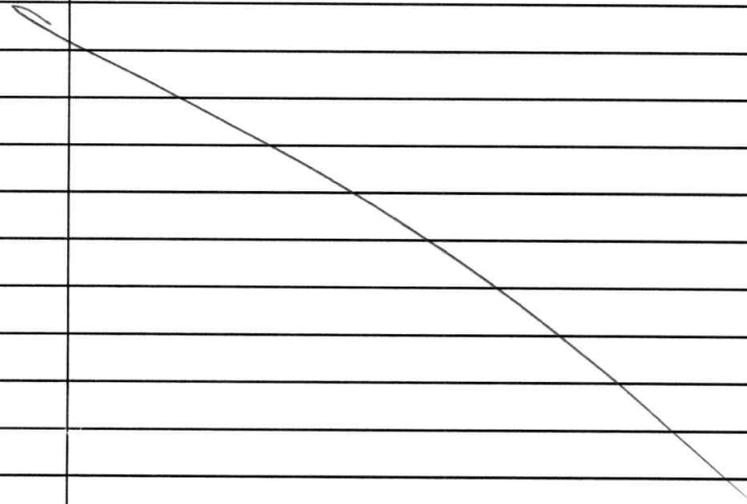
CANTIDAD
DESPACHADA

08

batas desechable

40

40



AUTORIZADO

Firma

N. Identificación

DESPACHADO

Firma

N. Identificación

RECIBIDO

Angela
Firma

34911765
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	11-08-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Yelmy Barreto
NOMBRE DEL SERVICIO	Epидemiología

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

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Yelmy Barreto</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



FECHA	10-08-21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Troya P.
NOMBRE DEL SERVICIO	Portería Triagué.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapaboca Caja x 50 ml	2	2

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Jennifer T. Pastrana
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	10-08-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Denis Ulloa
NOMBRE DEL SERVICIO	farmacia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapa Boca UVI (caja)	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Denis Ulloa N. Identificación



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

Version
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/03/2020

Documento
Controlado

FECHA	10/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Bermejo
NOMBRE DEL SERVICIO	S. Transfusión

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tupabocan N° 95	15	

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Diana Bermejo
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 34-947-9185/-



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Version
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

20/05/2021
Ester Ovales
ICS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	WAS UASCA 149	22	22

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

Viados Amador
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	10 - 05 - 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Sebastian Florez
NOMBRE DEL SERVICIO	AMBULANCIA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	RN 95 6	6	6

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



FECHA	10/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Carlos Jonathan Diaz
NOMBRE DEL SERVICIO	Auditoria de Centros, Iledu

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapobacos N95	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación
		Carlos Jonathan Diaz 1.100687501



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

7 - Mayo - 2021

NOMBRE SOLICITANTE

María Paz Buendía

NOMBRE DEL SERVICIO

Servicios Generales

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas Antifluidos	36	36

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	María Paz Buendía Firma
N. Identificación	N. Identificación	11.04418517 N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA	07/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barson
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	13 Tupesocos N95	13	13

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Diana Barson
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA *07.05.2021*
 NOMBRE SOLICITANTE *Randelson Espinoza*
 NOMBRE DEL SERVICIO *Consulta EXT*

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	<i>Bota Antifluído Teda</i>	<i>01</i>	<i>01</i>

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación + <i>Randelson Espinoza</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	Mayo.-7 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez L
NOMBRE DEL SERVICIO	S. de Alimentación

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

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Eliana Alvarez L</i> <small>Firma</small>
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

07/08/2021
Leon Anbrudunga
UCF - EPP

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarilla D95	45	45

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1245728288



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

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	07-05-21
NOMBRE SOLICITANTE	Ieyla Villanueva
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapa bocas N95	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>Ieyla Villanueva</i>
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



FECHA	07/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Cristian Mercado
NOMBRE DEL SERVICIO	Rayos X.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
21	tapalocas N95	20	20

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



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

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001
Documento
Controlado

FECHA	09/03/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barson
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Eta Batas Desechable	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma <i>Diana Barson</i>
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

06/05/21

NOMBRE SOLICITANTE

Ana Diaz

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas N95	60	60

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

Ana Diaz
206384769



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

5/05/21

NOMBRE SOLICITANTE

Elizabeth Garcia Paus

NOMBRE DEL SERVICIO

Epp quirúrgicos

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	fapaboces N-95	60	60
1	glo AA	1	1

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



FECHA	06/06/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kan Herrera
NOMBRE DEL SERVICIO	Urgia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	fapabocan 2095	5	5

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Kan Herrera
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104429492



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

66-05-21

NOMBRE SOLICITANTE

Paola Perla

NOMBRE DEL SERVICIO

Química

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
4	N 95	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Paola Perla
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	06/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Antuñaga
NOMBRE DEL SERVICIO	OCT

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	295 mascarillas	24	24
/			

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

(Handwritten signature and stamp over the RECIBIDO section)



FECHA

06-05-2021

NOMBRE SOLICITANTE

Vladys Amada

NOMBRE DEL SERVICIO

Ambulancia

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD SOLICITADA

CANTIDAD DESPACHADA

01

bata desechable.

18

18

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación

Vladys Amada
1-10441557



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001

Documento
Controlado

FECHA

06/05-2020

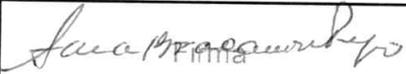
NOMBRE SOLICITANTE

Sara Brazaunite Pupo

NOMBRE DEL SERVICIO

SITU

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de Tapaboca - Para la Prevención y Trabajadores Sociales	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	 Firma N. Identificación 23101565 [Signature]



FECHA	Mayo 06 / 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Carmen Pareda
NOMBRE DEL SERVICIO	Queluro

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tanaboco Caja x 80 ~	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Carmen Pareda</i> Firma
N. Identificación	N. Identificación	05101031 N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

~~06~~ Mayo 2021
Loreto Victoria P.
Jundíaca

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	caja tafarlocas x 50.	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

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	05/05/2024
NOMBRE SOLICITANTE	Kamfraden
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirjia.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	tapaboca pqs.	20	20

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

Kamfraden Kamfraden



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	5-5-21
NOMBRE SOLICITANTE	gledis veosu
NOMBRE DEL SERVICIO	urg en cur.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	bata antifluído	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	gledis v. Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



FECHA

4/05/2021

NOMBRE SOLICITANTE

[Handwritten Signature]

NOMBRE DEL SERVICIO

[Handwritten Signature]

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	N 95	5	5
2			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	[Handwritten Signature]
N. Identificación	N. Identificación	1104417935 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

04/05/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Luisa Regueira

NOMBRE DEL SERVICIO

UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	D95 ORALCARN9	24	24

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Luisa Regueira</i>
N. identificación	N. identificación	114080578



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	04/25/2024
NOMBRE SOLICITANTE	Kamkeche
NOMBRE DEL SERVICIO	Cinaja

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Repasador #95.	200	20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 110142842A



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	04-08-2020
NOMBRE SOLICITANTE	Candelaria Loreo Colón
NOMBRE DEL SERVICIO	Perinata - CPT

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarillas N-95	02	02

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

Candelaria Loreo Colón



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

04/10/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Ami Almi

NOMBRE DEL SERVICIO

C. Externa

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas desechable.	20	20
02	Toallas	7	10

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	04-08-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Mercedes Ortega López
NOMBRE DEL SERVICIO	Calidad

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

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



FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

09-08-21
Luis Al M
Urología

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD
SOLICITADA

CANTIDAD
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Bata Desechable.	10	10

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación



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

Versión
3
Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001
Documento
Controlado

FECHA	03/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Diana Barrios
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
10	N 95	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Diana Barrios N. Identificación 34-947-918



FECHA	03/08/21.
NOMBRE SOLICITANTE	Sindy Ploze.
NOMBRE DEL SERVICIO	Ampliación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	bato. Anti fluda	2	2.
7	Tapa boca 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

FECHA	03 / Mayo / 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Kevin Antoluz
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarilla N95	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
3Vigencia
01/08/2020Código
FR-GRF-001Documento
Controlado

FECHA	3 Mayo 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Marisol Machego R
NOMBRE DEL SERVICIO	Cirugía

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Mascarillas N95	20	20
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma N. Identificación	Firma N. Identificación	Firma <i>Marisol Machego</i> N. Identificación



FECHA	03-08-2020
NOMBRE SOLICITANTE	Miguel Rodríguez
NOMBRE DEL SERVICIO	32020

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Obeno 1	1	1
2	idit Medico	1	1
3	N95	3	3

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



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

Versión
3
Vigencia
01/08/2020

Código
FR-GRF-001
Documento
Controlado

FECHA	03/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Astrid Henao Gonzalez
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirofano Trocadero

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
2	Batas	#2	2
2	N-95	#2	2

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	03-05-21
NOMBRE SOLICITANTE	Ieylavillanueva
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapa Bocas N95 C92	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Ieylavillanueva
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

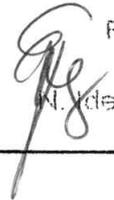
Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	03/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Elizabeth J. Ortíz
NOMBRE DEL SERVICIO	

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	1 Caja. Fajitas 195	1	1
	4 Japilón	4	4

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





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

Versión
3

Código
FR-GRF-001

Vigencia
01/08/2020

Documento
Controlado

FECHA	03/05/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Jenyfer Montalvo
NOMBRE DEL SERVICIO	Coordinación DE Enfermería

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Tabaco	15	15
2.	N95	3	3

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

Jenyfer Montalvo