

HOSPITAL
NACIONAL
AHUACHAPÁN



CENTRO DE DISTRIBUCION DE SUMINISTROS
VALE DE SOLICITUD DE INSUMOS

NOMBRE DE LA UNIDAD SOLICITANTE: RRHH

FECHA:

CODIGO DEL PRODUCTO

DESCRIPCION

CANTIDAD SOLICITADA

CANTIDAD DESPACHADA

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y HORA DE QUIEN

DESPACHA