



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2529055       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador 803615960 F. orden salida 22/07/2024 15:34 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
 Referencia 803615960  
 No. de orden D24-036799  
 F. de emisión orden de distribución 22/07/2024 16:03

**Fecha compromiso de entrega**  
**23/07/2024 de 9:00AM a 6:00PM**

**Origen**

Entidad FH. Logística, S.A. de C.V.

Dirección CULTURA GRIEGA No. 10 303, SAN MARTIN XOCHINAHUAC

CP 02120

Ciudad CIUDAD DE MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO

Teléfono 5000 3000

Contacto MARTIN FRAGOSO

**Destino**

Estatus de Dir. \_\_\_\_\_

Entidad SECRETARIA DE SALUD

Cliente Tercero \_\_\_\_\_

Dirección NINO DE JESUS 2 COL TLALPAN HOSPITAL FRAY BERNARDINO , ,

CP 14000

Ciudad TLALPAN, CDMX

Teléfono 525586885459 Cel. \_\_\_\_\_

Contacto JUAN SALVADOR MARTINEZ | |

**Envío**

|   |   |   |                           |                     |
|---|---|---|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mayorista          | <input type="checkbox"/> Consolidado                | <input type="checkbox"/> Foráneo          | U. de medida <u>Pieza</u> | Peso (kg): <u>0</u> |
| <input type="checkbox"/> Minorista          | <input type="checkbox"/> Directo                    | <input checked="" type="checkbox"/> Local | U. de medida 2 _____      | Piezas : <u>0</u>   |
| <input type="checkbox"/> Material peligroso | <input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión |   | Tipo de unidad _____      | Cantidad: <u>1</u>  |

Servicios adicionales

| Servicio | Cantidad | No. Personas | Monto/Costo | Observaciones |
|----------|----------|--------------|-------------|---------------|
|          |          |              |             |               |
|          |          |              |             |               |
|          |          |              |             |               |
|          |          |              |             |               |

Datos de facturación del cliente

RFC \_\_\_\_\_ Direcció \_\_\_\_\_  
 Importación  Monto : 0.00 Exportación  Monto 0.00  
 Facturar a \_\_\_\_\_ Bultos 0

Observaciones

**Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas**

|        |       |      |        |       |      |
|--------|-------|------|--------|-------|------|
| Nombre | Fecha | Hora | Nombre | Fecha | Hora |
|--------|-------|------|--------|-------|------|



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|                |
|----------------|
| <b>Ticket</b>  |
| <b>2529055</b> |
|                |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO                 |
| Solicitante                            | MARIO MONDRAGON BAUTISTA |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | <b>23/07/2024 18:00</b>  |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| No. de orden     | <b>D24-036799</b> |
| Identificador    | 803615960         |
| Fecha de emisión | 22/07/2024 16:03  |

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

| Clave producto | Descripción                 | Peso                    | Tamaño | Cantidad | Serie       | Lote |
|----------------|-----------------------------|-------------------------|--------|----------|-------------|------|
| CP-8811-K9=    | ( ) Cisco IP Phone 88111.60 | AI 35.00 L 8.00 An 5.00 |        | .00      | FCH2233D8AF |      |

Bultos: 0      Peso: 0      Cartones: 0

**La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.**

|                          |  |                          |                          |                          |                          |  |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| Fecha Recibo             | _____  | Hora Recibo              | _____                    |                          |                          |  |  |
| Hora llegada             | _____  | Nombre                   | _____                    |                          |                          |  |  |
| COMPLETO                 | SI NO  | Firma                    | _____                    |                          |                          |  |  |
| DAÑOS                    | <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |