



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2552370



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803726195** F. orden salida 26/09/2024 15:53 Solicito EDER JOVAN HUERTA TORRES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803726195**
No. de orden **D24-049706**
F. de emisión orden de distribución 26/09/2024 16:00

Fecha compromiso de entrega
27/09/2024 de 8:30AM a 9:00AM

Origen

Entidad MTY - FHL
Dirección BLVD. DIAZ ORDAZ INT 7 KM 3.33, COL. LA FAMA SAN PEDRO GARZA GARCIA N.L. ,
CP 66350
Ciudad MONTERREY,MN
Teléfono 52445514424864
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON
Cliente Tercero _____
Dirección ADOLFO LOPEZ MATEOS #4600 MONTERREY CENTRO , ,
CP 66400
Ciudad SAN NICOLAS DE LOS GARZA,NLE
Teléfono 528124370744 Cel. _____
Contacto MIGUEL ANDRADE | |

Envío

Mayorista Consolidado Foráneo
 Minorista Directo Local
 Material peligroso Restricción tractor/camión
U. de medida Pieza Peso (kg): 0
U. de medida 2 _____ Piezas : 0
Tipo de unidad _____ Cantidad: 1

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



Ticket
2552370

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	EDER JOVAN HUERTA TORRES
Fecha y hora compromiso con el cliente	27/09/2024 09:00

No. de orden	D24-049706
Identificador	803726195
Fecha de emisión	26/09/2024 16:00

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7821-K9=	() Cisco UC Phone 7821.30		Al 7.00 L 28.00 An 24.00	.00	WZP26460DN1	

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"/>						