



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2577286

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803824178** F. orden salida **29/11/2024 08:01** Solicito **SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803824178**
 No. de orden **D24-063521**
 F. de emisión orden de distribución **29/11/2024 08:10**

Fecha compromiso de entrega
29/11/2024 de 11:00AM a 11:28AM

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 **ALEJANDRO SANCHEZ**

Destino
 Estatus de Dir. _____
 Entidad **GRUPO DIAGNOSTICO MEDICO PROA SA DE CV**
 Cliente Tercero _____
 Dirección **ALFONSO HERRERA 75 SAN RAFAEL , ,**
 CP **06470**
 Ciudad **CUAUHTEMOC, CDMX**
 Teléfono **525541911025** Cel. _____
 Contacto **HECTOR MANUEL VAZQUEZ MORALES | |**

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
2577286

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	29/11/2024 11:28

No. de orden	D24-063521
Identificador	803824178
Fecha de emisión	29/11/2024 08:10

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	WZP27330GJD	

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"/>						