



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2502445



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **INTERDEPOT** Prioridad **0** Guia: _____
Identificador **164267300** F. orden salida **06/05/2024 07:14** Solicito **SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **164267300**
No. de orden **D24-021684**
F. de emisión orden de distribución **06/05/2024 10:59**

Fecha compromiso de entrega
10/05/2024 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 **ALEJANDRO SANCHEZ**

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad **MZT - FHL**
Cliente Tercero _____
Dirección **Fracción de la parcela No. 62 Z1-P1/1 Carretera Internacional Sur Km 25, C.P. 82099 , ,**
CP **82099**
Ciudad **MAZATLAN, SIN**
Teléfono **5215514424864 Cel.**
Contacto **LUIS ANGEL PASOS 6692687539 | |**

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

Ship to: RAUL BEDOLLA Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre

Fecha

Hora

Nombre

Fecha

Hora



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2502445



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-021684

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 164267300

Fecha y hora compromiso con el cliente 10/05/2024 18:00

Fecha de emisión 06/05/2024 10:59

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
A9K-RSP880-LT-TR=	() ASR 9000 Route Swi	8.00	Al 7.00 L 46.00 An 63.00	.00	FOC2232NTH8	

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
DAÑOS

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma