



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2503236

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803494301** F. orden salida 07/05/2024 15:47 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803494301**
 No. de orden **D24-022032**
 F. de emisión orden de distribución 07/05/2024 15:55

Fecha compromiso de entrega
09/05/2024 de 3:30PM a 4:00PM

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 HSBC MEXICO S.A
 Cliente Tercero _____
 Dirección CARR VILLAHERMOSA-FRONTERA TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA TABASCO 2 , ,
 CP 86010
 Ciudad CENTRO, TAB
 Teléfono 18442482336 Cel. _____
 Contacto Isaac Rodriguez Perez | |

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
2503236

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **09/05/2024 16:00**

No. de orden **D24-022032**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ISR4221/K9	() Cisco ISR 4221 (2GE3.60	Al 48.00 L 12.00 An 34.00		.00	FJC274913C7	

Bultos:

Peso:

Cartones:

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

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora Llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						