



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2503922



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803498523** F. orden salida 09/05/2024 14:25 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803498523**
No. de orden **D24-022457**
F. de emisión orden de distribución 09/05/2024 14:32

Fecha compromiso de entrega
10/05/2024 de 8:30AM a 9:00AM

Origen

Entidad M9X - FHL
Dirección Mirador 80 , PB-2 , El Mirador
CP 04950
Ciudad MEXICO,MN
Teléfono 5588-66-5700
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad SAT
Cliente Tercero _____
Dirección 3ER. RETORNO DE CALIZ , S/N ESQ. TALLO COL. EL RE ,
CP 04640
Ciudad COYOACAN,CDMX
Teléfono 525511837768 Cel. _____
Contacto BERNARDO BARAJAS/ CARLOS VILLEGAS | |

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
2503922

Cliente
Solicitante
Fecha y hora compromiso con el cliente **10/05/2024 09:00**

No. de orden **D24-022457**
Identificador
Fecha de emisión

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	WZP19220080	

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"/>						