



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2505965

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Salida** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **NOM-118** F. orden salida 15/05/2024 16:37 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **NOM-118**
 No. de orden **D24-023434**
 F. de emisión orden de distribución 15/05/2024 16:39

Fecha compromiso de entrega
15/05/2024 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 MARIO MONDRAGON

Destino
 Estatus de Dir. _____
 Entidad FH. Logística, S.A. de C.V.
 Cliente Tercero _____
 Dirección Cultura Griega No. 10 303 , SAN MARTIN XOCHINAHUAC,
 CP 02120
 Ciudad ,MN
 Teléfono _____ Cel. _____
 Contacto OMAR ZAMARRIPA | |

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: -- **Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas**

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____ Nombre _____ Fecha _____ Hora _____



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2505965

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	MARIO MONDRAGON BAUTISTA
Fecha y hora compromiso con el cliente	15/05/2024 18:00

No. de orden	D24-023434
Identificador	NOM-118
Fecha de emisión	15/05/2024 16:39

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CS-R55-UNIT-K9=	() Cisco Spark Room	5:9.00	Al 119.00 L 137.00 An 35.00	.00	FTT222300CU	

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"/>						