



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2506072



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **INTERDEPOT** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **164300904** F. orden salida 16/05/2024 07:02 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **164300904**
No. de orden **D24-023576**
F. de emisión orden de distribución 16/05/2024 11:35

Fecha compromiso de entrega
22/05/2024 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 C4N - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección AVENIDA 23 REGIMIENTO 119-E PTE ESQUINA CON LA CON CALLE TABASCO , ,
CP 85197
Ciudad CIUDAD OBREGON, SON
Teléfono 5255-52671802 Cel. _____
Contacto ABEL MURRIETA 6442361087 | |

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: CARLOS GIRON Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre

Fecha

Hora

Nombre

Fecha

Hora



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2506072



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-023576

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 164300904

Fecha y hora compromiso con el cliente 22/05/2024 18:00

Fecha de emisión 16/05/2024 11:35

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
15216-FLD-4-52.5=	() Edge 4-Ch Bi-Directi	0.91	Al 7.00 L 23.00 An 22.00	.00	MPM26191042	

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