



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2524184

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **164498761** F. orden salida **08/07/2024 20:26** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **164498761**
 No. de orden **D24-034171**
 F. de emisión orden de distribución **09/07/2024 08:07**

Fecha compromiso de entrega
10/07/2024 de 5:30PM a 6:00PM

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 **VER - FHL**

Cliente Tercero _____

Dirección **AVENIDA FIDELIDAD LT. 3 MZ. 4 S/N PARQUE INDUSTRIAL BRUNO PAGLIAI ,**

CP **91697**

Ciudad **VERACRUZ,VER**

Teléfono **2291148204** Cel. _____

Contacto **Jose Adrian Sanchez | |**

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
2524184

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	10/07/2024 18:00

No. de orden	D24-034171
Identificador	164498761
Fecha de emisión	09/07/2024 08:07

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	WZP22210UPN	

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"/>						