



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2525127

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador 803599270 F. orden salida 11/07/2024 13:32 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 803599270
 No. de orden D24-034728
 F. de emisión orden de distribución 11/07/2024 14:43

Fecha compromiso de entrega
12/07/2024 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 MARTIN FRAGOSO

Destino
 Estatus de Dir. _____
 Entidad ENVASES UNIVERSALES
 Cliente Tercero _____
 Dirección CIRCUITO DE LA PRODUCTIVIDAD SUR 213 , ,
 CP 45690
 Ciudad EL SALTO, JAL
 Teléfono 523317285375 Cel. _____
 Contacto Marco Andrade | |

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
2525127

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	MARIO MONDRAGON BAUTISTA
Fecha y hora compromiso con el cliente	12/07/2024 18:00

No. de orden	D24-034728
Identificador	803599270
Fecha de emisión	11/07/2024 14:43

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CS-RQUADCAM=	() Spark Quad Camera 1.00	Al 23.00 L 107.00 An 23.00	.00		FOC2234NM69	

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"/>						