

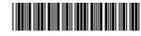


ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2527561



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_OUT\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador 803608740 F. orden salida 17/07/2024 16:53 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 803608740  
No. de orden D24-035991  
F. de emisión orden de distribución 18/07/2024 08:25

**Fecha compromiso de entrega**  
**19/07/2024 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 ALEJANDRO SANCHEZ

Destino

Estatus de Dir. \_\_\_\_\_  
Entidad SCOTIABANK  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección BATALLON DE SAN PATRICIO 1000 RESIDENCIAL SAN AGUSTIN , ,  
CP 66220  
Ciudad SAN PEDRO GARZA GARCIA, NLE  
Teléfono 525551230000Ext5 Cel.  
Contacto MARIO ALBERTO CRUZ LARA | |

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**



<b>Ticket</b>
<b>2527561</b>

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	<b>19/07/2024 18:00</b>

No. de orden	<b>D24-035991</b>
Identificador	803608740
Fecha de emisión	18/07/2024 08:25

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-8861-K9=	( ) Cisco IP Phone 88611.36	Al 10.00 L 20.00 An 20.00		.00	FVH264000SM	

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"/>						