



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2527633



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803609580 F. orden salida 18/07/2024 03:48 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803609580
No. de orden D24-036049
F. de emisión orden de distribución 18/07/2024 11:30

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. Confirmada
Entidad AT&T
Cliente Tercero
Dirección LUCIA GARCIA 113 RFC CNM980114PI2 , ,
CP 38080
Ciudad CELAYA, GUA
Teléfono 524612278826 Cel.
Contacto Francisco Javier Cortes Guzman | |

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: 2

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
2527633

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **19/07/2024 18:00**

No. de orden **D24-036049**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
N560-4-RSP4E=		4.70	Al 21.00 L 52.00 An 41.00	.00	FOC2711NDLH	
NCS560-4=		1.60	Al 41.00 L 65.00 An 43.00	.00	FOX2420PK7Q	

Bultos: Peso: Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

<input type="text" value="Fecha Recibo"/>	<input type="text" value="Hora Recibo"/>
<input type="text" value="Hora llegada"/>	<input type="text" value="Nombre"/>
<input type="text" value="COMPLETO"/>	<input type="text" value="Firma"/>
<input type="text" value="DAÑOS"/>	

SI NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>