



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2529186

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803617083** F. orden salida **23/07/2024 05:42** Solicito **DANIEL HERNANDEZ GUZMAN**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803617083**
 No. de orden **D24-036952**
 F. de emisión orden de distribución **23/07/2024 06:40**

Fecha compromiso de entrega
23/07/2024 de 8:34AM a 9:04AM

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 UNINET

Cliente Tercero

Dirección CARRETERA FEDERAL MEXICO PUEBLA KM34
5 PUEBLO DE ZOQUIAPAN CIA SSPC PYRS
TAREA IMPRS018624-007 ,

CP 56530

Ciudad IXTAPALUCA,MEX

Teléfono 525551284100Ext1 Cel.

Contacto BUSTAMANTE RODRIGUEZ ALFREDO | |

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

2529186



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-036952

Solicitante DANIEL HERNANDEZ GUZMAN

Identificador 803617083

Fecha y hora compromiso con el cliente 23/07/2024 09:04

Fecha de emisión 23/07/2024 06:40

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
VWIC3-1MFT-T1/E1=	() 1-Port3rdGenMultifile0.50	AI 5.00 L 18.00 An 16.00		.00	FOC20207GH2	

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