



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2529713



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803618513** F. orden salida **24/07/2024 11:21** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803618513**
No. de orden **D24-037229**
F. de emisión orden de distribución **24/07/2024 11:27**

Fecha compromiso de entrega
24/07/2024 de 2:16PM a 2:46PM

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 **GRUPO JUMEX SA DE CV**
Cliente Tercero _____
Dirección **CIUDAD DE LOSDEPORTES DELEGACION BENITO JUAREZ ,**
CP **03710**
Ciudad **CORREGGIO 21,MEX**
Teléfono **525548905887** Cel. _____
Contacto **GERARDO BANDA / Diego de Polo Lopez Resendiz |**

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

2529713



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-037229

Solicitante CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Identificador 803618513

Fecha y hora compromiso con el cliente 24/07/2024 14:46

Fecha de emisión 24/07/2024 11:27

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
FMC1600-CHAS-K9=		7.20	Al 20.00 L 100.00 An 60.00	.00	WMP2511006Z	

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