



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2529839



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803618130 F. orden salida 24/07/2024 14:27 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803618130
No. de orden D24-037307
F. de emisión orden de distribución 24/07/2024 16:12

Fecha compromiso de entrega
25/07/2024 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 BANORTE
Cliente Tercero _____
Dirección INSURGENTES SUR 420 ROMA SUR , ,
CP 06760
Ciudad CUAUHTEMOC, CDMX
Teléfono 525555646221 Cel. _____
Contacto Leslie Aguilar M | |

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
2529839

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **25/07/2024 18:00**

No. de orden **D24-037307**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7821-K9=	() Cisco UC Phone 7821.30		Al 7.00 L 28.00 An 24.00	.00	WZP19390EIZ	

Bultos: Peso: Cartones:

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

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