



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2530118



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803622214 F. orden salida 25/07/2024 11:05 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803622214
No. de orden D24-037478
F. de emisión orden de distribución 25/07/2024 11:33

Fecha compromiso de entrega
26/07/2024 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 WAL-MART DE MEXICO SAB DE CV
Cliente Tercero _____
Dirección AV RODOLFO GAONA 647 COL. PERIODISTAS MIGUEL HIDAL OFICINA TOREO WM NET , ,
CP 02770
Ciudad CDMX, CDMX
Teléfono 524772231251 Cel. _____
Contacto Eduardo Limon | |

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

2530118



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-037478

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803622214

Fecha y hora compromiso con el cliente 26/07/2024 18:00

Fecha de emisión 25/07/2024 11:33

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9300L-48P-4X-A=		8.10	Al 23.00 L 56.00 An 54.00	.00	FOC2604Y2JF	

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