



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2530412



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803623897** F. orden salida **26/07/2024 07:54** Solicito **SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803623897**
No. de orden **D24-037616**
F. de emisión orden de distribución **26/07/2024 08:26**

Fecha compromiso de entrega

26/07/2024 de 10:42AM a 11:12AM

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 **RADIOMOVIL DIPSA**
Cliente Tercero _____
Dirección **AV RIVERA DE CHAMPAYAN 107 BODEGA 3 , ,**
CP **89344**
Ciudad **TAMPICO, TAM**
Teléfono **528332180038** Cel. _____
Contacto **HECTOR CASTILLO | |**

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

2530412



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-037616

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803623897

Fecha y hora compromiso con el cliente 26/07/2024 11:12

Fecha de emisión 26/07/2024 08:26

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
A901-4C-F-D		3.63	Al 38.00 L 55.00 An 16.00	.00	CAT1942U14Z	

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