



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2551705



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803723798 F. orden salida 25/09/2024 13:22 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803723798
No. de orden D24-049306
F. de emisión orden de distribución 25/09/2024 13:31

Fecha compromiso de entrega
26/09/2024 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 FERROCARRIL MEXICANO SA DE CV
Cliente Tercero _____
Dirección BOSQUE DE CIRUELOS 99 BOSQUE DE LAS LOMAS NONE NONE, None , ,
CP 11700
Ciudad MIGUEL HIDALGO, CDMX
Teléfono 525511895035 Cel. _____
Contacto Juan Carlos Ramos Ramirez | |

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
2551705

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **26/09/2024 18:00**

No. de orden **D24-049306**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-8851-K9=	() Cisco IP Phone	88511.60	Al 10.00 L 20.00 An 20.00	.00	FCH25313DL8	

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"/>		