



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2551957



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **INTERDEPOT** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **164827033** F. orden salida 26/09/2024 07:04 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **164827033**
No. de orden **D24-049474**
F. de emisión orden de distribución 26/09/2024 09:28

Fecha compromiso de entrega
01/10/2024 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 TLC - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección Boulevard Miguel Aleman Valdez S/N (Entre el n°me Col. Nueva San Pedro , ,
CP 50201
Ciudad TOLUCA, CDMX
Teléfono 55 1886 2678 Cel. _____
Contacto Hector Sierra | |

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

2551957



Cliente FH_CISCO

No. de orden **D24-049474**

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 164827033

Fecha y hora compromiso con el cliente **01/10/2024 18:00**

Fecha de emisión 26/09/2024 09:28

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9200L-24P-4G-E=	() Service Depot Spare 6.70	Al 60.00 L 19.00 An 49.00		.00	FOC265306EA	

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