



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2556353



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: XXXXXXXXXX
Identificador 803743586 F. orden salida 08/10/2024 15:49 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803743586
No. de orden D24-052239
F. de emisión orden de distribución 08/10/2024 16:12

Fecha compromiso de entrega
09/10/2024 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 MARTIN FRAGOSO

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad POLICIA FEDERAL
Cliente Tercero _____
Dirección ENTRONQUE A LA CARRETERA 190 (135-D) NOPALA OAXAC FRENTE A COCACOLA FEMSA OAXACA , ,
CP 68263
Ciudad SAN LORENZO CACAOTEPEC, OAX
Teléfono 525554814300Ext3 Cel.
Contacto ALELI CRUZ | |

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
2556353

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **09/10/2024 18:00**

No. de orden **D24-052239**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-8811-K9=	() Cisco IP Phone 88111.60	AI 35.00 L 8.00 An 5.00		.00	FVH27220HEF	

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"/>		