



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2557693

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803749838** F. orden salida 11/10/2024 13:26 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803749838**
 No. de orden **D24-052852**
 F. de emisión orden de distribución 11/10/2024 13:41

Fecha compromiso de entrega
14/10/2024 de 9:30AM a 10:00AM

Origen

Entidad M9X - FHL

Dirección Mirador 80 , PB-2 , El Mirador

CP 04950

Ciudad MEXICO,MN

Teléfono 5588-66-5700

Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____

Entidad TRANSPORTES SUVI SADE CV

Cliente Tercero _____

Dirección 3ER. RETORNO DE CALIZ S/N COL. EL RELOJ ,

CP 04640

Ciudad COYOACAN,CDMX

Teléfono 525534286484 Cel. _____

Contacto ALEXIS HERNANDEZ / CARLOS VILLEGAS | |

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
2557693

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	14/10/2024 10:00

No. de orden	D24-052852
Identificador	803749838
Fecha de emisión	11/10/2024 13:41

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7821-K9=	() Cisco UC Phone 7821.30		Al 7.00 L 28.00 An 24.00	.00	WZP2825A389	

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	SI NO	Firma	_____				
DAÑOS	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						