



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2557951

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **803750024** F. orden salida **12/10/2024 18:18** Solicito **SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803750024**
 No. de orden **D24-053019**
 F. de emisión orden de distribución **14/10/2024 07:09**

Fecha compromiso de entrega
14/10/2024 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 **TELMEX SA DE CV**

Cliente Tercero _____

Dirección **PASEO DE LA REFORMA 31 CUAUHTEMOC , ,**

CP **06500**

Ciudad **CUAUHTEMOC, DIF**

Teléfono **525553460264** Cel. _____

Contacto **VICTOR ESPINOSA / ALEJANDRA REYES / LUIS OLVERA | |**

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
2557951

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	14/10/2024 18:00

No. de orden	D24-053019
Identificador	803750024
Fecha de emisión	14/10/2024 07:09

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	WZP2824ABND	

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"/>						