



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2559760



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803758516 F. orden salida 17/10/2024 10:06 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803758516
No. de orden D24-053996
F. de emisión orden de distribución 17/10/2024 10:10

Fecha compromiso de entrega
18/10/2024 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 AEROPUERTO INTERNACIONAL FELIPE ANGELES
Cliente Tercero _____
Dirección CIRCUITO EXTERIOR MEXIQUENSE KM 33 SANTA LUCIA BAS NONE C/O UNINET, ,
CP 55600
Ciudad ZUMPANGO, MEX
Teléfono 525513535253 Cel. _____
Contacto Cesar Rodriguez |

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

2559760



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-053996

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803758516

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

Fecha de emisión 17/10/2024 10:10

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
SFP-10G-SR-S=	() 10GBASE-SR SFP M0.20		Al 5.00 L 19.00 An 15.00	.00	OPM27290G06	

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