



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2564005



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803772741** F. orden salida **26/10/2024 14:59** Solicito **EDER JOVAN HUERTA TORRES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803772741**
No. de orden **D24-056116**
F. de emisión orden de distribución **26/10/2024 15:03**

Fecha compromiso de entrega
26/10/2024 de 5:57PM a 6:27PM

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 **GERDAU CORSA SAPI DE CV**
Cliente Tercero _____
Dirección **CALLE PRIMER SUR S/N COLONIA INDEPENDENCIA - MUNIC , ,**
CP **54900**
Ciudad **CIUDAD DE MEXICO,CDMX**
Teléfono **525546187905** Cel. _____
Contacto **Luis Angel Vasquez | |**

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
2564005

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	EDER JOVAN HUERTA TORRES
Fecha y hora compromiso con el cliente	26/10/2024 18:27

No. de orden	D24-056116
Identificador	803772741
Fecha de emisión	26/10/2024 15:03

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9300-48UXM-A=	() Catalyst 9300 48-por0.10	Al 26.00 L 72.00 An 58.00		.00	FOC2616Y9PL	

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"/>						