



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2564066



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_OUT\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador 803772413 F. orden salida 27/10/2024 17:00 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 803772413  
No. de orden D24-056160  
F. de emisión orden de distribución 28/10/2024 08:02

**Fecha compromiso de entrega**  
**28/10/2024 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 SOLUCIONES Y SERVICIOS INTEGRALES  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección OFICINA 61, PISO 6, TORRE CELTIS, REAL DE ACUEDUCT 240 , ,  
CP 45116  
Ciudad ZAPOPAN, JAL  
Teléfono 523316064525 Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto Erick del Real | |

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**



<b>Ticket</b>
<b>2564066</b>

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	<b>28/10/2024 18:00</b>

No. de orden	<b>D24-056160</b>
Identificador	803772413
Fecha de emisión	28/10/2024 08:02

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CS-T10-TS-K9=		0.90	Al 6.00 L 32.00 An 24.00	.00	FOC2629N0GA	

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"/>						