



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2564890

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803775084** F. orden salida 28/10/2024 19:03 Solicito EDER JOVAN HUERTA TORRES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803775084**
 No. de orden **D24-056399**
 F. de emisión orden de distribución 28/10/2024 19:09

Fecha compromiso de entrega
29/10/2024 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. PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

Entidad

Cliente Tercero DOCTOR IGNACIO MORONES PRIETO 43 DOCTORES , ,

Dirección

CP 06720

Ciudad CUAUHTEMOC,DIF

Teléfono 525553460000Ext5 Cel.

Contacto MARCO ANTONIO MARTINEZ VAZQUEZ | |

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
2564890

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **29/10/2024 10:00**

No. de orden **D24-056399**

Identificador

Fecha de emisión

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	WZP200502QI	

Bultos: Peso: Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						