



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2574372



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803812349** F. orden salida **21/11/2024 09:35** Solicito **SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803812349**
No. de orden **D24-061706**
F. de emisión orden de distribución **21/11/2024 09:42**

Fecha compromiso de entrega
21/11/2024 de 12:33PM a 1:03PM

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 **UNINET SA DE CV**
Cliente Tercero _____
Dirección **MARIO PANI 200 SANTA FE CUAJIMALPA , ,**
CP **05348**
Ciudad **CUAJIMALPA DE MORELOS, CMX**
Teléfono **525554335805** Cel. _____
Contacto **Edgar Aviles | |**

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

2574372



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-061706

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803812349

Fecha y hora compromiso con el cliente 21/11/2024 13:03

Fecha de emisión 21/11/2024 09:42

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
SFP-10G-SR=		0.10	Al 5.08 L 5.08 An 33.02	.00	ACP280209N0	

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"/>

Firma