



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2575245



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_OUT_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803808432 F. orden salida 23/11/2024 18:10 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803808432
No. de orden D24-062364
F. de emisión orden de distribución 25/11/2024 10:29

Fecha compromiso de entrega
25/11/2024 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 CADENA COMERCIAL OXXO SA DE CV
Cliente Tercero _____
Dirección AVENIDA 18 DE NOVIEMBRE 1045 COLONIA CORREDOR INDUSTRIAL LA CIENEGAPUEBLA
CP 72220
Ciudad PUEBLA, PUE
Teléfono 522226622613 Cel. _____
Contacto Analista sistemas | |

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

2575245



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-062364

Solicitante MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Identificador 803808432

Fecha y hora compromiso con el cliente 25/11/2024 18:00

Fecha de emisión 25/11/2024 10:29

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9120AXI-A		1.50	Al 11.00 L 28.00 An 27.00	.00	FGL2543LUWZ	

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