



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2576723



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_OUT_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803821551 F. orden salida 27/11/2024 17:12 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803821551
No. de orden D24-063352
F. de emisión orden de distribución 28/11/2024 07:00

Fecha compromiso de entrega
29/11/2024 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 SECRETARIA DE SALUD
Cliente Tercero _____
Dirección JOSE ANTONIO TORRES 723 COL ASTURIAS IMRSI027328-001 , ,
CP 06850
Ciudad CUAUHTEMOC, CDMX
Teléfono 529933609395 Cel. _____
Contacto Gerardo Antonio Alipi Mena | |

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

2576723



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-063352

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803821551

Fecha y hora compromiso con el cliente 29/11/2024 18:00

Fecha de emisión 28/11/2024 07:00

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
WS-C2960XR-48FPS-I		9.40	Al 57.00 L 24.00 An 54.00	.00	FDO2339F005	

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