



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2577857

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador 165103511 F. orden salida 02/12/2024 10:02 Solicito GIOVANNI ISRAEL ROMAN PATLAN

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 165103511
 No. de orden D24-064096
 F. de emisión orden de distribución 02/12/2024 13:56

Fecha compromiso de entrega
03/12/2024 de 5:30PM a 6:00PM

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. _____

Entidad MX1 - FHL

Cliente Tercero _____

Dirección AVE. CULTURA GRIEGA #10, COLONIA SAN MARTIN XOCHINAHUAC , ,

CP 02120

Ciudad AZCAPOTZALCO,CDMX

Teléfono 55 2044 2655 Cel. _____

Contacto Mario Mondragon | |

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
2577857

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	GIOVANNI ISRAEL ROMAN PATLAN
Fecha y hora compromiso con el cliente	03/12/2024 18:00

No. de orden	D24-064096
Identificador	165103511
Fecha de emisión	02/12/2024 13:56

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
GLC-LH-SMD=	() 1000BASE-LX/LHSF0.45		AI 42.00 L 8.00 An 7.00	.00	FNS19290C5P	

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"/>						