



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2584034

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803849580** F. orden salida **16/12/2024 20:04** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803849580**
 No. de orden **D24-067631**
 F. de emisión orden de distribución **16/12/2024 20:17**

Fecha compromiso de entrega
16/12/2024 de 11:01PM a 11:31PM

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	UNINET SA DE CV
Cliente Tercero	
Dirección	DR ROBERTO GAYOL #1219 ,
CP	03100
Ciudad	BENITO JUAREZ,CDMX
Teléfono	525554876591 Cel.
Contacto	ALFONSO GODINEZ

Envío					
<input type="checkbox"/> Mayorista	<input type="checkbox"/> Consolidado	<input type="checkbox"/> Foráneo	U. de medida	<u>Pieza</u>	Peso (kg): <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Minorista	<input type="checkbox"/> Directo	<input checked="" type="checkbox"/> Local	U. de medida 2	<u> </u>	Piezas : <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		Tipo de unidad	<u> </u>	Cantidad: <u>1</u>

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
2584034

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	16/12/2024 23:31

No. de orden	D24-067631
Identificador	803849580
Fecha de emisión	16/12/2024 20:17

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
WS-C3650-24TS-L		0.00	Al 30.00 L 20.00 An 30.00	.00	FDO1742Q0NX	

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"/>						