



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2584767



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **1** Guia: _____
Identificador **803854855** F. orden salida **19/12/2024 10:16** Solicito **SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803854855**
No. de orden **D24-068331**
F. de emisión orden de distribución **19/12/2024 10:24**

Fecha compromiso de entrega
19/12/2024 de 11:15AM a 11:45AM

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 **RED NACIONAL ULTIMA MILLA, S.A.P.I. DE C.V.**
Cliente Tercero _____
Dirección **CALLE PONIENTE 122 514 COLONIA INDUSTRIAL VALLEJO, ,**
CP **02300**
Ciudad **AZCAPOTZALCO, CDMX**
Teléfono **525543468516** Cel. _____
Contacto **Eliás Mancilla Esparza | |**

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

2584767



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-068331

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803854855

Fecha y hora compromiso con el cliente 19/12/2024 11:45

Fecha de emisión 19/12/2024 10:24

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
SFP-10G-ER-S=	() 10GBASE-ER SFP M0.10		Al 5.00 L 32.00 An 24.00	.00	INL2334A08T	

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