



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2585678

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador 803858810 F. orden salida 23/12/2024 12:22 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 803858810
 No. de orden D24-068694
 F. de emisión orden de distribución 23/12/2024 13:55

Fecha compromiso de entrega
24/12/2024 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. Confirmada

Entidad GRUPO LALA

Cliente Tercero _____

Dirección ANTONIO NAKAYAMA 15 COL REAL DEL PARQUE , ,

CP 80194

Ciudad CULIACAN, SIN

Teléfono 528711138631 Cel. _____

Contacto JOEL CASTELLANOS | |

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
2585678

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	24/12/2024 18:00

No. de orden	D24-068694
Identificador	803858810
Fecha de emisión	23/12/2024 13:55

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C1000-24P-4G-L		4.90	Al 15.00 L 60.00 An 30.00	.00	FOC2707YGFG	

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"/>						