



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2585767



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **0** Guia: _____
Identificador **803859097** F. orden salida **23/12/2024 19:11** Solicito **EDER JOVAN HUERTA TORRES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803859097**
No. de orden **D24-068721**
F. de emisión orden de distribución **23/12/2024 19:16**

Fecha compromiso de entrega
24/12/2024 de 9:30AM a 10:00AM

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 **CONSORCIO RED UNO**
Cliente Tercero _____
Dirección **BLVD ADOLFO LOPEZ MATEOS 101 SAN JOSE DE LA ESCALERA TIZAPAN , ,**
CP **01090**
Ciudad **ALVARO OBREGON,DIF**
Teléfono **525553460264** Cel. _____
Contacto **LUIS ENRIQUE MALDONADO TRINIDAD // FEDRA VILLAVICE | |**

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
2585767

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	EDER JOVAN HUERTA TORRES
Fecha y hora compromiso con el cliente	24/12/2024 10:00

No. de orden	D24-068721
Identificador	803859097
Fecha de emisión	23/12/2024 19:16

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7821-K9=	() Cisco UC Phone 7821.30		Al 7.00 L 28.00 An 24.00	.00	WZP28329LCP	

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"/>						