

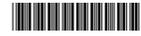


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2586554



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de SDS_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803864060 F. orden salida 30/12/2024 09:42 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803864060
No. de orden D24-069115
F. de emisión orden de distribución 30/12/2024 11:40

Fecha compromiso de entrega
30/12/2024 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 COPPEL
Cliente Tercero _____
Dirección AV FRANCISCO I MADERO LUCIO BLANCO Y HERMANOS FLORES MAGON , ,
CP 60610
Ciudad APATZINGAN, MIC
Teléfono 524531096137 Cel. _____
Contacto alma rosa jaimez 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
2586554

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **30/12/2024 18:00**

No. de orden **D24-069115**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
MR46-HW		1.50	Al 8.00 L 38.00 An 24.00	.00	Q3AC-8CHX-JLZY	

Bultos:

Peso:

Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>
DAÑOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		