



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2590695



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_OUT_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803884089 F. orden salida 14/01/2025 18:42 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803884089
No. de orden D25-002190
F. de emisión orden de distribución 15/01/2025 10:48

Fecha compromiso de entrega
16/01/2025 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 PEPSICO DE MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.
Cliente Tercero
Dirección CALLE CANTERA #300 CONJUNTO INDUSTRIAL LA PLATA CP , ,
CP 98612
Ciudad ZACATECAS, ZAC
Teléfono 524931145388 Cel.
Contacto Amalia Arellano Duarte | |

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
2590695

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	16/01/2025 18:00

No. de orden	D25-002190
Identificador	803884089
Fecha de emisión	15/01/2025 10:48

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ISR4331/K9	() Cisco ISR 4331 (2GE7.40	Al 17.00 L 56.00 An 56.00		.00	FLM280712NH	

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"/>						