



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2553868



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803721991** F. orden salida 30/09/2024 23:06 Solicito DGI2 DGI2 DGI2

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803721991**
No. de orden **D24-050754**
F. de emisión orden de distribución 01/10/2024 00:47

Fecha compromiso de entrega
02/10/2024 de 11:30AM a 12:00PM

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 MAURICIO FERNANDEZ

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad CORDIS DE MEXICO
Cliente Tercero _____
Dirección CALLE CIRCUITO INTERIOR NORTE ,
CP 32599
Ciudad JUAREZ, CHH
Teléfono 526562154026 Cel. _____
Contacto NESTOR MONTES | |

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

2553868



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-050754

Solicitante DGI2 DGI2 DGI2

Identificador 803721991

Fecha y hora compromiso con el cliente 02/10/2024 12:00

Fecha de emisión 01/10/2024 00:47

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9400-LC-48HN=		6.40	Al 23.00 L 54.00 An 53.00	.00	JAE28020LL2	

Las piezas de retorno favor de entregarlas en la siguiente direccion: Calle:, colonia:, Ciudad:, CP:

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

