



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2555697



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de SDS_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803727716 F. orden salida 07/10/2024 10:53 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803727716
No. de orden D24-051866
F. de emisión orden de distribución 07/10/2024 12:20

Fecha compromiso de entrega
27/09/2024 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 QUATTROCOM
Cliente Tercero
Dirección C. 27 2399, Tamanché, Mérida
CP 97304
Ciudad Yucatán, MN
Teléfono 99 91 54 91 78 Cel.
Contacto Juan Poot . | JULIAN SUARTE |

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

ENTREGAR EN LA EMPRESA : QUATTROCOM
REFERENCIAS A UN COSTADO DE CEDIS MANUEL DELGADO CONTACTAR
HORARIO DE ATENCION 9:30 AM A 6 PM **Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas**

Nombre

Fecha

Hora

Nombre

Fecha

Hora



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2555697



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-051866

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803727716

Fecha y hora compromiso con el cliente 27/09/2024 18:00

Fecha de emisión 07/10/2024 12:20

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
MR76-HW		2.30	Al 7.00 L 40.00 An 22.00	.00	Q3AK-QP27-YM99	

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