



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2558577



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_OUT_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803752459 F. orden salida 14/10/2024 16:48 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803752459
No. de orden D24-053440
F. de emisión orden de distribución 15/10/2024 10:02

Fecha compromiso de entrega
16/10/2024 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. _____
Entidad BANORTE
Cliente Tercero _____
Dirección AV. JUAREZ NO. 830 OTE., COL. CENTRO, C.P. 87000, CR: 21 , ,
CP 87000
Ciudad VICTORIA, TAM
Teléfono 5288342084 Cel. _____
Contacto Perla Cecilia Castillo Salazar | |

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

2558577



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-053440

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803752459

Fecha y hora compromiso con el cliente 16/10/2024 18:00

Fecha de emisión 15/10/2024 10:02

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-8841-K9=	() Cisco UC Phone 8841.40	AI 35.00 L 8.00 An 5.00		.00	FVH28111L9Z	

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