



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2576632



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803821480 F. orden salida 27/11/2024 14:43 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803821480
No. de orden D24-063056
F. de emisión orden de distribución 27/11/2024 14:50

Fecha compromiso de entrega
28/11/2024 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 SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA
Cliente Tercero _____
Dirección AV PASEO DE LA REFORMA NORTE # 10, COL TABACALERA , ,
CP 06030
Ciudad CUAUHTEMOC, CDMX
Teléfono 525514029704 Cel. _____
Contacto ELENA NEQUIZ / CARLOS VILLEGAS | |

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

2576632



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-063056

Solicitante SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Identificador 803821480

Fecha y hora compromiso con el cliente 28/11/2024 18:00

Fecha de emisión 27/11/2024 14:50

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7821-K9=	() Cisco UC Phone 7821.30		Al 7.00 L 28.00 An 24.00	.00	WZP28329L8Q	

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