

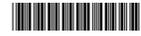


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2555368



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803739220** F. orden salida 05/10/2024 00:16 Solicito DGI2 DGI2 DGI2

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803739220**
No. de orden **D24-051662**
F. de emisión orden de distribución 05/10/2024 03:30

Fecha compromiso de entrega
07/10/2024 de 9:30AM a 10:00AM

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 SECRETARIA DE GOBERNACION
Cliente Tercero _____
Dirección MINA 24 GUERRERO TAREA IMDGT015207-003
CP 06300
Ciudad CUAUHTEMOC, CDMX
Teléfono 525544520300 Cel. _____
Contacto ALEJANDRO GOMEZ CEPROPIE | |

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
2555368

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **07/10/2024 10:00**

No. de orden **D24-051662**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C1111-8P	() ISR 1100 8 Ports Du:2.60	Al 16.00 L 50.00 An 34.00	.00	FCZ2650R1FW		

Bultos:

Peso:

Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						