



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2567291       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador **803784829** F. orden salida 04/11/2024 13:54 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
 Referencia **803784829**  
 No. de orden **D24-057553**  
 F. de emisión orden de distribución 04/11/2024 14:05

**Fecha compromiso de entrega**  
**04/11/2024 de 3:30PM a 4:00PM**

**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 HSBC MEXICO S A INSTIT DE BANCA MULT GR  
 Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
 Dirección AV PASEO DE LA REFLOORORMA 295 P B , ,  
 CP 06500  
 Ciudad CUAUHTEMOC, CDMX  
 Teléfono 523320787320 Cel. \_\_\_\_\_  
 Contacto Jorge Larraguivel | |

**Envío**

|   |   |   |                           |                     |
|---|---|---|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mayorista          | <input type="checkbox"/> Consolidado                | <input type="checkbox"/> Foráneo          | U. de medida <u>Pieza</u> | Peso (kg): <u>0</u> |
| <input type="checkbox"/> Minorista          | <input type="checkbox"/> Directo                    | <input checked="" type="checkbox"/> Local | U. de medida 2 _____      | Piezas : <u>0</u>   |
| <input type="checkbox"/> Material peligroso | <input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión |   | Tipo de unidad _____      | Cantidad: <u>1</u>  |

**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



|                |
|----------------|
| <b>Ticket</b>  |
| <b>2567291</b> |
|                |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO                   |
| Solicitante                            | SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2 |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | <b>04/11/2024 16:00</b>    |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| No. de orden     | <b>D24-057553</b> |
| Identificador    | 803784829         |
| Fecha de emisión | 04/11/2024 14:05  |

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

| Clave producto | Descripción                    | Peso                      | Tamaño | Cantidad | Serie       | Lote |
|----------------|--------------------------------|---------------------------|--------|----------|-------------|------|
| NIM-4FXO=      | ( ) 4-port Network Interf:0.60 | Al 12.00 L 30.00 An 18.00 |        | .00      | FOC2301190V |      |

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                 | SI NO  | Firma                    | _____                    |                          |                          |  |  |
| 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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |