



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2500353



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803479941** F. orden salida **28/04/2024 11:41** Solicito **EDER JOVAN HUERTA TORRES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803479941**
No. de orden **D24-020284**
F. de emisión orden de distribución **28/04/2024 12:01**

Fecha compromiso de entrega
28/04/2024 de 3:30PM a 4:00PM

Origen

Entidad **TPQ - FHL**
Dirección **AV PRISCILIANO SANCHEZ #46 COL CENTRO ENTRE ALLENDE Y MORELOS ,**
CP **63000**
Ciudad **TEPIC,MN**
Teléfono **5215514424864**
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad **UNINET SA DE CV**
Cliente Tercero _____
Dirección **AV. LOPEZ COTILLA NO 1424, 4 PISO, COL. AMERICANA UNI951013RC1 , ,**
CP **44100**
Ciudad **GUADALAJARA,JAL**
Teléfono **525554876591** Cel. _____
Contacto **ANGEL POOT | |**

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
2500353

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	EDER JOVAN HUERTA TORRES
Fecha y hora compromiso con el cliente	28/04/2024 16:00

No. de orden	D24-020284
Identificador	803479941
Fecha de emisión	28/04/2024 12:01

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
A9K-MOD80-TR=	() 80G Modular Linecar	2.10	Al 24.00 L 79.00 An 60.00	.00	FOC1918N6CF	

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"/>						