



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2500833



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803482018** F. orden salida 29/04/2024 17:06 Solicito DANIEL HERNANDEZ GUZMAN

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803482018**
No. de orden **D24-020591**
F. de emisión orden de distribución 29/04/2024 17:12

Fecha compromiso de entrega
30/04/2024 de 7:30AM a 8:00AM

Origen

Entidad GDL - FHL
Dirección AV DE LA PAZ 1401 COL AMERICANA ,
CP 44100
Ciudad GUADALAJARA,MN
Teléfono 52445514424864
Contacto

Destino

Estatus de Dir.
Entidad HSBC
Cliente Tercero
Dirección BLV ADOLFO LOPEZ MATEOS 1509 OTE LOS
GAVILANES 274 SUC. CENTRO LEON ,
CP 37270
Ciudad LEON,GUA
Teléfono 5218442482336 Cel.
Contacto CMS CNOC | |

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
2500833

Cliente FH_CISCO
Solicitante DANIEL HERNANDEZ GUZMAN
Fecha y hora compromiso con el cliente **30/04/2024 08:00**

No. de orden **D24-020591**
Identificador 803482018
Fecha de emisión 29/04/2024 17:12

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
WS-C3650-48FS-E	() Cisco Catalyst 3650	8.40	Al 23.00 L 56.00 An 53.00	.00	FDO2105E1S6	

Bultos: 0 Peso: 0 Cartones: 0

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"/>						