



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2502861



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador **803492135** F. orden salida 06/05/2024 19:19 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
Referencia **803492135**  
No. de orden **D24-021845**  
F. de emisión orden de distribución 06/05/2024 20:27

**Fecha compromiso de entrega**  
**07/05/2024 de 7:30AM a 8:00AM**

Origen

Entidad SLP - FHL  
Dirección AV INDUSTRIAS #618 FRACC VALLE DORADO FRENTE A TELMEX ,  
CP 78399  
Ciudad SAN LUIS POTOSI,MN  
Teléfono 52445514424864  
Contacto

Destino

Estatus de Dir.  
Entidad AUMA SA DE CV  
Cliente Tercero  
Dirección AV COMISION FEDERAL DE ELECTRICIDAD 240 ZONA INDUSTRIAL , ,  
CP 78395  
Ciudad SAN LUIS POTOSI,SLP  
Teléfono 524441887088 Cel.  
Contacto Lino Ramirez | |

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

2502861



Cliente  FH\_CISCO

No. de orden  D24-021845

Solicitante  CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Identificador  803492135

Fecha y hora compromiso con el cliente  07/05/2024 08:00

Fecha de emisión  06/05/2024 20:27

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C2-640WAC=	( ) Redundant FRU pov1.80	Al 47.00 L 17.00 An 27.00		.00	DCB1929B2EZ	

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