



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2525373



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803585914 F. orden salida 11/07/2024 21:01 Solicito DGI2 DGI2 DGI2

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803585914
No. de orden D24-034796
F. de emisión orden de distribución 12/07/2024 07:31

Fecha compromiso de entrega
04/07/2024 de 9:00AM a 6:00PM

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 MÃ%XICO SA INSTITUCIÃ"N DE BANCA MÃ%ULTIPLE CP
Cliente Tercero _____
Dirección AV LIBERTAD , ,
CP 52240
Ciudad CHAPULTEPEC, MEX
Teléfono 527221662682 Cel. _____
Contacto Sofia Sotelo | |

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
2525373

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	DGI2 DGI2 DGI2
Fecha y hora compromiso con el cliente	04/07/2024 18:00

No. de orden	D24-034796
Identificador	803585914
Fecha de emisión	12/07/2024 07:31

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
QSFP-40/100-SRBD=	() 100G and 40GBASE 0.10	Al 5.00 L 18.00 An 14.00		.00	FTF2737N2VU	

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"/>						