



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2549784



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 164809195 F. orden salida 20/09/2024 12:15 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164809195
No. de orden D24-048406
F. de emisión orden de distribución 20/09/2024 12:26

Fecha compromiso de entrega
23/09/2024 de 5:30PM a 6:00PM

Origen

Entidad TLC - FHL
Dirección BLVD. MIGUEL ALEMAN TERMINAL DE CARGA AEREA S/N FASE TERCERA ETAPA, EDIFICIO A, OFICINA 7 , COL. SAN PEDRO TOTOLTEPEC ,
CP 52000
Ciudad TOLUCA,MN
Teléfono 52555000-3080
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad MX1 - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección AVE. CULTURA GRIEGA #10, COLONIA SAN MARTIN XOCHINAHUAC ,
CP 02120
Ciudad AZCAPOTZALCO,CDMX
Teléfono 55 2044 2655 Cel. _____
Contacto Mario Mondragon | |

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
2549784


Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	23/09/2024 18:00

No. de orden	D24-048406
Identificador	164809195
Fecha de emisión	20/09/2024 12:26

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
AIR-CAP1702I-N-K9	() 802.11ac CAP; 3x3:21.81		AI 30.00 L 8.00 An 5.00	.00	FJC2305M0ZL	

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"/>						