



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2553206



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 164837242 F. orden salida 30/09/2024 07:00 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164837242
No. de orden D24-050315
F. de emisión orden de distribución 30/09/2024 12:29

Fecha compromiso de entrega
01/10/2024 de 5:30PM a 6:00PM

Origen

Entidad A9G - FHL
Dirección CALLE CALDERON NO. 103 COL. DEL TRABAJO ,
CP 20180
Ciudad AGUASCALIENTES,MN
Teléfono 525550003002
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad GDL - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección Avenida Del Bosque # 1260 Col. Vista Hermosa Parque Industrial Bosque 2 Tlaquepaque Jalisco ,
CP 45618
Ciudad Tlaquepaque Jalisco,JAL
Teléfono Ãf?Ã,Ã 331 400 38 Cel.
Contacto Alejandro Regalado | |

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
2553206

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	01/10/2024 18:00

No. de orden	D24-050315
Identificador	164837242
Fecha de emisión	30/09/2024 12:29

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
NIM-2GE-CU-SFP=	() 2-port GE WAN NIM,0.50	Al 30.00 L 12.00 An 18.00		.00	FOC21283ZH0	

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"/>						