



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2557909

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803747059** F. orden salida 11/10/2024 21:51 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803747059**
 No. de orden **D24-052985**
 F. de emisión orden de distribución 11/10/2024 22:59

Fecha compromiso de entrega
12/10/2024 de 6:30AM a 7:00AM

Origen

Entidad VSA - FHL

Dirección AV. OXIGENO NO 28 BODEGA 6 CIUDAD INDUSTRIAL 2DA ETAPA ,

CP 86000

Ciudad VILLAHERMOSA,MN

Teléfono 52445514424864

Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____

Entidad ADO Y EMPRESAS COORDINADAS SA DE CV

Cliente Tercero _____

Dirección AV LUIS DONALDO COLOSIO S/N FRANCISCO I MADERO ,

CP 24190

Ciudad CIUDAD DEL CARMEN,CAM

Teléfono 529321312024 Cel. _____

Contacto IRVING N | |

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
2557909

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	12/10/2024 07:00

No. de orden	D24-052985
Identificador	803747059
Fecha de emisión	11/10/2024 22:59

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ISR4321/K9	() Cisco ISR 4321 (2GE4.50	Al 18.00 L 57.00 An 42.00		.00	FLM2232W0NP	

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"/>						