



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2557959       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador 164902692 F. orden salida 13/10/2024 03:57 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
 Referencia 164902692  
 No. de orden D24-053033  
 F. de emisión orden de distribución 14/10/2024 08:12

**Fecha compromiso de entrega**  
**14/10/2024 de 5:30PM a 6:00PM**

Origen

Entidad TPQ - FHL  
 Dirección AV PRISCILIANO SANCHEZ #46 COL CENTRO ENTRE ALLENDE Y MORELOS ,  
 CP 63000  
 Ciudad TEPIC,MN  
 Teléfono 5215514424864  
 Contacto \_\_\_\_\_

Destino

Estatus de Dir. \_\_\_\_\_  
 Entidad CSL - FHL  
 Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
 Dirección KM 44 Carretera Transpeninsular Bodegas 6 y 7 Col. Las Veredas ,  
 CP 23434  
 Ciudad San JosÃ© del Cabo,BCS  
 Teléfono 624 108 1108 Cel. \_\_\_\_\_  
 Contacto Maria Epifania Damian | |

Envío

|   |   |   |                           |                     |
|---|---|---|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mayorista          | <input type="checkbox"/> Consolidado                | <input type="checkbox"/> Foráneo          | U. de medida <u>Pieza</u> | Peso (kg): <u>0</u> |
| <input type="checkbox"/> Minorista          | <input type="checkbox"/> Directo                    | <input checked="" type="checkbox"/> Local | U. de medida 2 _____      | Piezas : <u>0</u>   |
| <input type="checkbox"/> Material peligroso | <input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión |   | Tipo de unidad _____      | Cantidad: <u>1</u>  |

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**



|                |
|----------------|
| <b>Ticket</b>  |
| <b>2557959</b> |
|                |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO                  |
| Solicitante                            | CARMEN LIZBETH SOTO REYES |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | <b>14/10/2024 18:00</b>   |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| No. de orden     | <b>D24-053033</b> |
| Identificador    | 164902692         |
| Fecha de emisión | 14/10/2024 08:12  |

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

| Clave producto | Descripción                | Peso | Tamaño                   | Cantidad | Serie       | Lote |
|----------------|----------------------------|------|--------------------------|----------|-------------|------|
| CP-7821-K9=    | ( ) Cisco UC Phone 7821.30 |      | Al 7.00 L 28.00 An 24.00 | .00      | WZP273102BB |      |

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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |