



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



| |
|---------------|
| Ticket |
| 2561019 |
| |

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803761793** F. orden salida 20/10/2024 19:26 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803761793**
 No. de orden **D24-054513**
 F. de emisión orden de distribución 20/10/2024 19:39

Fecha compromiso de entrega
21/10/2024 de 9:30AM a 10:00AM

| |
|---------------------------------------------------------------------------|
| Origen |
| Entidad <u>VSA - FHL</u> |
| Dirección <u>AV. OXIGENO NO 28 BODEGA 6 CIUDAD INDUSTRIAL 2DA ETAPA ,</u> |
| CP <u>86000</u> |
| Ciudad <u>VILLAHERMOSA,MN</u> |
| Teléfono <u>52445514424864</u> |
| Contacto _____ |

| |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Destino |
| Estatus de Dir. _____ |
| Entidad <u>ADO Y EMP COORDINADAS</u> |
| Cliente Tercero _____ |
| Dirección <u>AVENIDA LUIS DONALDO COLOSIO S/N CIUDAD DEL CARMEN ,</u> |
| CP <u>24121</u> |
| Ciudad <u>CIUDAD DEL CARMEN,CAM</u> |
| Teléfono <u>529321312024</u> Cel. _____ |
| Contacto <u>IRVING DOMINGUEZ COTA </u> |

| | | | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 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



| |
|----------------|
| Ticket |
| 2561019 |
| |

| | |
|----------------------------------------|---------------------------|
| Cliente | FH_CISCO |
| Solicitante | CARMEN LIZBETH SOTO REYES |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | 21/10/2024 10:00 |

| | |
|------------------|------------------|
| No. de orden | D24-054513 |
| Identificador | 803761793 |
| Fecha de emisión | 20/10/2024 19:39 |

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

| Clave producto | Descripción | Peso | Tamaño | Cantidad | Serie | Lote |
|----------------|-----------------------------|---------------------------|--------|----------|-------------|------|
| ISR4321/K9 | () Cisco ISR 4321 (2GE4.30 | Al 18.00 L 57.00 An 42.00 | | .00 | FLM2035W067 | |

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"/> | | | | | | |