

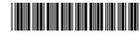


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2568631



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 165021161 F. orden salida 07/11/2024 11:54 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 165021161
No. de orden D24-058405
F. de emisión orden de distribución 07/11/2024 12:14

Fecha compromiso de entrega
08/11/2024 de 5:30PM a 6:00PM

Origen

Entidad GDL - FHL
Dirección AV DE LA PAZ 1401 COL AMERICANA ,
CP 44100
Ciudad GUADALAJARA,MN
Teléfono 52445514424864
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad ACA - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección Av. Cuauhtlámoc No. 196 Fraccionamiento
Magallanes, La Bocana, Acapulco, Guerrero,
CÁdigo ,
CP 39670
Ciudad Acapulco,GRO
Teléfono 744 174 5057 Cel. _____
Contacto Maria Epifania Damian |

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
2568631

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **08/11/2024 18:00**

No. de orden **D24-058405**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ISR4331/K9	() Cisco ISR 4331 (2GE7.50	Al 17.00 L 56.00 An 56.00		.00	FLM241510CN	

Bultos:

Peso:

Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						