



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2587848       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador **803872940** F. orden salida **07/01/2025 12:51** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
Referencia **803872940**  
No. de orden **D25-000504**  
F. de emisión orden de distribución **07/01/2025 12:57**

**Fecha compromiso de entrega**  
**07/01/2025 de 3:48PM a 4:18PM**

**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 **INVERLAT**  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección **AV PROLONGACION 8 DE JULIO 1297 INT**  
**COTO AURORA 14 ,**  
**CP 45601**  
Ciudad **SAN PEDRO TLAQUEPAQUE,JAL**  
Teléfono **525544997187** Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto **Daniel Guajardo |** \_\_\_\_\_

**Envío**

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

**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>2587848</b> |
|                |

|                                        |                           |
|----------------------------------------|---------------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO                  |
| Solicitante                            | CARMEN LIZBETH SOTO REYES |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | <b>07/01/2025 16:18</b>   |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| No. de orden     | <b>D25-000504</b> |
| Identificador    | 803872940         |
| Fecha de emisión | 07/01/2025 12:57  |

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

| Clave producto   | Descripción                 | Peso                       | Tamaño | Cantidad | Serie       | Lote |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|--------|----------|-------------|------|
| N9K-C93180YC-EX= | ( ) Nexus 9K,48p 10/25(0.50 | AI 101.00 L 20.00 An 57.00 |        | .00      | FDO21480F6K |      |

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"/>                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |  |  |