



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2588644



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803875464** F. orden salida 08/01/2025 17:35 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803875464**
No. de orden **D25-000788**
F. de emisión orden de distribución 08/01/2025 17:49

Fecha compromiso de entrega
09/01/2025 de 9:30AM a 10:00AM

Origen

Entidad MTY - FHL
Dirección BLVD. DIAZ ORDAZ INT 7 KM 3.33, COL. LA FAMA SAN PEDRO GARZA GARCIA N.L. ,
CP 66350
Ciudad MONTERREY,MN
Teléfono 52445514424864
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad HSBC MEXICO S.A
Cliente Tercero _____
Dirección SUC. VILLAS DE SANTO DOMINGO SUC 387 AV. STO. DOMI ,
CP 66437
Ciudad SAN NICOLAS DE LOS GARZA,NLE
Teléfono 52605280387099 Cel. _____
Contacto Juan lopez Rey | |

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
2588644

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	09/01/2025 10:00

No. de orden	D25-000788
Identificador	803875464
Fecha de emisión	08/01/2025 17:49

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-4220-AC=	() AC Power Supply for0.80	Al 42.00 L 11.00 An 21.00		.00	PHI225208LR	

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"/>						