



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2551954



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **INTERDEPOT** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **164827032** F. orden salida 26/09/2024 07:03 Solicito SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **164827032**
No. de orden **D24-049473**
F. de emisión orden de distribución 26/09/2024 09:28

Fecha compromiso de entrega
01/10/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad FH. Logística, S.A. de C.V.
Dirección CULTURA GRIEGA No. 10 303, SAN MARTIN XOCHINAHUAC
CP 02120
Ciudad CIUDAD DE MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO
Teléfono 5000 3000
Contacto ALEJANDRO SANCHEZ

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad GDL - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección Avenida Del Bosque # 1260 Col. Vista Hermosa Parque Industrial Bosque 2 Tlaquepaque Jalisco ,
CP 45618
Ciudad Tlaquepaque Jalisco, JAL
Teléfono Ãf?Ã,Ã 331 400 38 Cel.
Contacto Alejandro Regalado | |

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
2551954

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	SALIDAS2 SALIDAS2 SALIDAS2
Fecha y hora compromiso con el cliente	01/10/2024 18:00

No. de orden	D24-049473
Identificador	164827032
Fecha de emisión	26/09/2024 09:28

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
QSFP-100G-LR4-S=	() 100GBASE LR4 QSF0.20	Al 30.00 L 12.00 An 18.00		.00	INL26280GG8	

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"/>						