



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2553989

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **164847862** F. orden salida **02/10/2024 01:18** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **164847862**
 No. de orden **D24-050853**
 F. de emisión orden de distribución **02/10/2024 09:56**

Fecha compromiso de entrega
03/10/2024 de 5:30PM a 6:00PM

Origen
Entidad L1V - FHL
Dirección AV CONSTITUCION #532 COL CENTRO ,
CP 25700
Ciudad MONCLOVA,MN
Teléfono 525550003002
Contacto

Destino
Estatus de Dir.
Entidad A9G - FHL
Cliente Tercero
Dirección CALLE CALDERON NO. 103 COL. DEL TRABAJO ,
CP 20180
Ciudad AGUASCALIENTES,AGU
Teléfono 492 892 0523 Cel.
Contacto Ricardo Paredes

Envío				
<input type="checkbox"/> Mayorista	<input type="checkbox"/> Consolidado	<input type="checkbox"/> Foráneo	U. de medida Pieza	Peso (kg): 0
<input type="checkbox"/> Minorista	<input type="checkbox"/> Directo	<input checked="" type="checkbox"/> Local	U. de medida 2	Piezas : 0
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		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
2553989

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	03/10/2024 18:00

No. de orden	D24-050853
Identificador	164847862
Fecha de emisión	02/10/2024 09:56

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CISCO2901/K9	() Cisco2901w/2GE,4E 1.00	Al 16.00 L 58.00 An 56.00		.00	FJC2018A2DM	

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"/>						