



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2555492

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803740013-2** F. orden salida **07/10/2024 01:21** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803740013-2**
 No. de orden **D24-051697**
 F. de emisión orden de distribución **07/10/2024 02:35**

Fecha compromiso de entrega
07/10/2024 de 2:30AM a 3:03AM

Origen

Entidad **TLC - FHL**

Dirección **BLVD. MIGUEL ALEMAN TERMINAL DE CARGA AEREA S/N FASE TERCERA ETAPA, EDIFICIO A, OFICINA 7 , COL. SAN PEDRO TOTOLTEPEC ,**

CP **52000**

Ciudad **TOLUCA,MN**

Teléfono **52555000-3080**

Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____

Entidad **UNINET**

Cliente Tercero _____

Dirección **INSURGENTES SUR 3500, COL.MANANTIAL PENA POBRE ,**

CP **14060**

Ciudad **TLALPAN,CDMX**

Teléfono **525514520450** Cel. _____

Contacto **Emmanuel Rangel Reyes / Santiago Noe Gra Lopez | |**

Envío

Mayorista Consolidado Foráneo

Minorista Directo Local

Material peligroso Restricción tractor/camión

U. de medida **Pieza** Peso (kg): **0**

U. de medida 2 **Kilo** 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
2555492

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	07/10/2024 03:03

No. de orden	D24-051697
Identificador	803740013-2
Fecha de emisión	07/10/2024 02:35

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ISR4351/K9	() Cisco ISR 4351 (3GE4.30		Al 28.00 L 8.00 An 4.00	.00	FLM2044W02M	

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"/>						