



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2559594



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador **803757058** F. orden salida 16/10/2024 17:59 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
Referencia **803757058**  
No. de orden **D24-053909**  
F. de emisión orden de distribución 16/10/2024 18:27

**Fecha compromiso de entrega**  
**17/10/2024 de 7:30AM a 8:00AM**

Origen

Entidad CLC - FHL  
Dirección CALLE 5 DE MAYO NO 148-1 COL CENTRO,  
CP 60950  
Ciudad LAZARO CARDENAS,MN  
Teléfono 52445514424864  
Contacto

Destino

Estatus de Dir.  
Entidad BANCO INBURSA SA INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE  
Cliente Tercero  
Dirección LAS PALMAS 1559 EL PALMAR ,  
CP 60955  
Ciudad LAZARO CARDENAS,MIC  
Teléfono 527535313209 Cel.  
Contacto ROCIO VALENCIA ALCANTARA | |

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



<b>Ticket</b>
<b>2559594</b>

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	17/10/2024 08:00

No. de orden	D24-053909
Identificador	803757058
Fecha de emisión	16/10/2024 18:27

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ISR4331/K9	( ) Cisco ISR 4331 (2GE7.50	Al 17.00 L 56.00 An 56.00		.00	FDO1938A04M	

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"/>						