

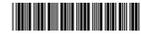


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2502395



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164266492
Identificador 164266492 F. orden salida 06/05/2024 02:05 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164266492
No. de orden D24-021585
F. de emisión orden de distribución 06/05/2024 07:47

Fecha compromiso de entrega
07/05/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS MORELIA (MRL)
Dirección PASEO DE LA REPUBLICA 821 , EL REALITO
CP 58116
Ciudad MORELIA,MICHOACAN
Teléfono 443 3088810
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad MX1 - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección AVE. CULTURA GRIEGA #10, COLONIA SAN MARTIN XOCHINAHUAC ,
CP 02120
Ciudad AZCAPOTZALCO,CDMX
Teléfono 52445514424864 Cel.
Contacto RAUL BEDOLLA | |

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: 2

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
2502395

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-021585
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164266492
Fecha y hora compromiso con el cliente	07/05/2024 18:00	Fecha de emisión	06/05/2024 07:47

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
WS-C2960+24TC-L	() Catalyst2960Plus24	14.99	Al 57.00 L 18.00 An 36.00	.00	FCW1829A4EZ	
WS-C2960C-8PC-L	() N/A	2.63	Al 37.00 L 20.00 An 33.00	.00	FOC2136Y303	

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"/>						