



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2504347



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803500334** F. orden salida 10/05/2024 14:45 Solicito GIOVANNI ISRAEL ROMAN PATLAN

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803500334**
No. de orden **D24-022596**
F. de emisión orden de distribución 10/05/2024 15:12

Fecha compromiso de entrega
10/05/2024 de 9:30PM a 10:00PM

Origen

Entidad C1E - FHL
Dirección Av. General Lázaro Cárdenas Manzana 44
Lote 61 , Presidentes de México
CP 24030
Ciudad CAMPECHE,CAMPECHE
Teléfono 525550003002
Contacto

Destino

Estatus de Dir.
Entidad UNINET SA DE CV
Cliente Tercero
Dirección AV YAXILAN S/N SUPERMANZANA 21 JUNTO A
LA CRUZ ROJ , ,
CP 77500
Ciudad BENITO JUAREZ,QROO
Teléfono 525554876590 Cel.
Contacto VICTOR MENDOZA | |

Envío

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

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
2504347

Cliente

No. de orden

Solicitante

Identificador

Fecha y hora compromiso con el cliente

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
14X10GBE-WL-XFP=	() CiscoCRSSeries14x8.90	Al 90.00 L 24.00 An 87.00		.00	SAL18485DBV	
CRS-FP140=	() CiscoCRSSeriesForv8.14	Al 90.00 L 24.00 An 86.00		.00	SAL16159DQN	

Las piezas de retorno favor de entregarlas en la siguiente direccion: Calle:, colonia:, Ciudad:, CP:

Bultos:

Peso:

Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

<input type="text" value="Fecha Recibo"/>	<input type="text" value="Hora Recibo"/>				
<input type="text" value="Hora Llegada"/>	<input type="text" value="Nombre"/>				
<input type="text" value="COMPLETO"/>	<input type="text" value="Firma"/>				
<input type="text" value="DAÑOS"/>					
<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI	NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

