



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2528644

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **803613788** F. orden salida **21/07/2024 13:30** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803613788**
 No. de orden **D24-036577**
 F. de emisión orden de distribución **21/07/2024 14:12**

Fecha compromiso de entrega
22/07/2024 de 11:29PM a 11:59PM

Origen

Entidad CEDIS LOS MOCHIS (LMN)

Dirección BLVD JUAN DE DIOS BATIZ 492 OTE ,
FRACC EL PARQUE

CP 81259

Ciudad LOS MOCHIS,SINALOA

Teléfono 668 8153670

Contacto

Destino

Estatus de Dir.

Entidad UNINET SA DE CV

Cliente Tercero

Dirección AV MORELOS 440 PONIENTE Y GABRIEL
LEYVA COL CENTRO ,

CP 81200

Ciudad AHOME,SIN

Teléfono 525554876590 Cel.

Contacto ANGEL POOT | |

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



Ticket
2528644

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-036577
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803613788
Fecha y hora compromiso con el cliente	22/07/2024 23:59	Fecha de emisión	21/07/2024 14:12

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
QSFP-4X10G-LR-S=	() QSFP 4x10G Transc	0.10	Al 5.00 L 32.00 An 24.00	.00	INL21180128	

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"/>						