



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2530354

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: **164563071**
 Identificador **164563071** F. orden salida **25/07/2024 20:50** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **164563071**
 No. de orden **D24-037658**
 F. de emisión orden de distribución **26/07/2024 10:33**

Fecha compromiso de entrega
29/07/2024 de 9:00AM a 6:00PM

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 PBC - FHL

Cliente Tercero

Dirección Blvd. Aaron Merino Fernandez 126 Col. La Paz ,

CP 72170

Ciudad PUEBLA,PUE

Teléfono 2225648260 Cel.

Contacto Jose Benjamin Diaz | |

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
2530354

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-037658
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164563071
Fecha y hora compromiso con el cliente	29/07/2024 18:00	Fecha de emisión	26/07/2024 10:33

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ASR1001-X-PWR-DC= ()	Cisco ASR1001-X D(1.30	Al 10.00 L 32.00 An 24.00		.00	DTN2225W0CA	

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"/>						