



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2551940

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164825500
 Identificador 164825500 F. orden salida 26/09/2024 02:01 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 164825500
 No. de orden D24-049558
 F. de emisión orden de distribución 26/09/2024 12:18

Fecha compromiso de entrega
27/09/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS TAMPICO (TAM)

Dirección PRIV. INGENIEROS S/N , ARCIM

CP 89136

Ciudad TAMPICO,TAMAULIPAS

Teléfono 833-217-12-49

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 55 2044 2655 Cel. _____

Contacto Mario Mondragon | |

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
2551940

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-049558
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164825500
Fecha y hora compromiso con el cliente	27/09/2024 18:00	Fecha de emisión	26/09/2024 12:18

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
A9K-MPA-2X10GE=	() ASR 9000 2-port 10C1.36	Al 40.00 L 12.00 An 24.00	.00		FOC1745N5X2	

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"/>						