

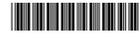


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2563548



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803771524** F. orden salida **25/10/2024 07:34** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803771524**
No. de orden **D24-055866**
F. de emisión orden de distribución **25/10/2024 07:38**

Fecha compromiso de entrega

25/10/2024 de 10:31AM a 11:01AM

Origen

Entidad **M9X - FHL**
Dirección **Mirador 80 , PB-2 , El Mirador**
CP **04950**
Ciudad **MEXICO,MN**
Teléfono **5588-66-5700**
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad **UNINET**
Cliente Tercero _____
Dirección **AVENIDA DE LAS TELECOMUNICACIONES S/N
LEYES DE REFORMA DELEGACION
IZTAPALAPA SSP ,**
CP **09208**
Ciudad **IZTAPALAPA,CMX**
Teléfono **525526699601** Cel. _____
Contacto **OMAR CLORIO | |**

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
2563548

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	25/10/2024 11:01

No. de orden	D24-055866
Identificador	803771524
Fecha de emisión	25/10/2024 07:38

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
GLC-SX-MMD=	() 1000BASE-SXSFPr:0.10		Al 22.00 L 6.00 An 2.00	.00	OPM2426180N	

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"/>						