



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2569770

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 165035347
 Identificador 165035347 F. orden salida 12/11/2024 03:05 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 165035347
 No. de orden D24-059062
 F. de emisión orden de distribución 12/11/2024 10:22

Fecha compromiso de entrega
13/11/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS VERACRUZ (VER)

Dirección AV.FIDELIDAD #354 LTE 3 MZA 4 , CD INDUSTRIAL BRUNO PAGLIAI

CP 91697

Ciudad VERACRUZ,VERACRUZ

Teléfono 012299209480 EXT6234

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
2569770

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-059062
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	165035347
Fecha y hora compromiso con el cliente	13/11/2024 18:00	Fecha de emisión	12/11/2024 10:22

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
GLC-TE=	() 1000BASE-T SFP trz0.10	AI 19.00 L 5.00 An 6.00		.00	MTC261806XJ	

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"/>						