



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2571803



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 24X11816
Identificador 165049099 F. orden salida 15/11/2024 13:25 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 165049099
No. de orden D24-059993
F. de emisión orden de distribución 15/11/2024 13:59

Fecha compromiso de entrega
18/11/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad BO1 - FHL
Dirección CALLE 6 DE OBRAJES, ESQUINA AV.ORMACHEA NO. 350 "TORRES PREMIUM", EDIFICIO B, LOCAL 1 ,
CP _____
Ciudad LA PAZ,MN
Teléfono 00-591-22-78-60-78
Contacto EDUARDO CORONA

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad U06 - CISCO SYSTEMS C/O RYDER INTEGRATED LOGISTICS
Cliente Tercero _____
Dirección 724 HENRIETTA CREEK ROAD , ,
CP 76262
Ciudad ROANOKE,MN
Teléfono 1817490-6062 Cel. _____
Contacto COORDINATOR | |

Envío

Mayorista Consolidado Foráneo
 Minorista Directo Local
 Material peligroso Restricción tractor/camión
U. de medida Pieza Peso (kg): 3
U. de medida 2 Kilo Piezas : 2
Tipo de unidad _____ Cantidad: 2

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 1

Observaciones

1 BULTO
Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre

Fecha

Hora

Nombre

Fecha

Hora



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2571803

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	MARIO MONDRAGON BAUTISTA
Fecha y hora compromiso con el cliente	18/11/2024 18:00

No. de orden	D24-059993
Identificador	165049099
Fecha de emisión	15/11/2024 13:59

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9117AXI-A		2.10	Al 9.00 L 26.00 An 25.00	.00	KWC230509EX	
UCS-SD240GM1X-EV= ()	240GB 2.5 inch Ente	0.20	Al 7.00 L 24.00 An 19.00	.00	20292AB548BF	

Bultos: 0

Peso: 3

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"/>						