



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



<b>Ticket</b>
2574334

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador **803812187** F. orden salida **21/11/2024 08:33** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
 Referencia **803812187**  
 No. de orden **D24-061693**  
 F. de emisión orden de distribución **21/11/2024 08:58**

**Fecha compromiso de entrega**  
**21/11/2024 de 11:23AM a 11:53AM**

**Origen**

Entidad CEDIS OAXACA (OAX)

Dirección TONINA 24 MZ 4 LT 24 SM 97 BODEGA 4 , SM 97 ZONA INDUSTRIAL

CP 77520

Ciudad BENITO JUAREZ,OAXACA

Teléfono 9988869711

Contacto

**Destino**

Estatus de Dir. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Entidad

Cliente Tercero

Dirección TRANSISMICA KM 8.5 GRANADILLO ,

CP 70613

Ciudad SALINA CRUZ,OAX

Teléfono 529511275413 Cel.

Contacto MAURICIO NOGAL | |

**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

TRAVEL TIME 06:30 H. Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_      Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



<b>Ticket</b>
<b>2574334</b>

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-061693
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803812187
Fecha y hora compromiso con el cliente	21/11/2024 11:53	Fecha de emisión	21/11/2024 08:58

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C892FSP-K9	( ) Cisco 892FSP 1 GE 3.40	Al 57.00 L 18.00 An 48.00		.00	FCZ202091FW	

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"/>						