



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



<b>Ticket</b>
2575272

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador **803815386** F. orden salida 24/11/2024 14:39 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
 Referencia **803815386**  
 No. de orden **D24-062317**  
 F. de emisión orden de distribución 24/11/2024 15:22

**Fecha compromiso de entrega**  
**25/11/2024 de 9:30AM a 10:00AM**

**Origen**

Entidad CEDIS SALINA CRUZ (SNC)

Dirección CONSTANCIA S/N , BARRIO ESPINAL

CP 70650

Ciudad SALINA CRUZ,OAXACA

Teléfono 019717141466

Contacto

**Destino**

Estatus de Dir.

Entidad UNINET

Cliente Tercero

Dirección CONSTANCIA 22 ESPINAL GENTERA ,

CP 70650

Ciudad SALINA CRUZ,OAX

Teléfono 526869092160 Cel.

Contacto ROCIO MARTINEZ OSORIO | |

**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

2575272



Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-062317
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803815386
Fecha y hora compromiso con el cliente	25/11/2024 10:00	Fecha de emisión	24/11/2024 15:22

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
WS-C2960X-24PS-L	( ) 24 Ethernet 10/100/16.30	Al 57.00 L 20.00 An 48.00		.00	FOC2235V0BR	

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"/>						