



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2561043

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164940403
 Identificador 164940403 F. orden salida 21/10/2024 02:04 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 164940403
 No. de orden D24-054664
 F. de emisión orden de distribución 21/10/2024 10:53

Fecha compromiso de entrega
22/10/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS CHIHUAHUA (CUU)

Dirección AV DE LAS INDUSTRIAS · 3706 ,
INDUSTRIAL NOMBRE DE DIOS

CP 31110

Ciudad CHIHUAHUA,CHIHUAHUA

Teléfono 045 614 247 1114

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
2561043

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-054664
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164940403
Fecha y hora compromiso con el cliente	22/10/2024 18:00	Fecha de emisión	21/10/2024 10:53

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C887VA-K9	() Cisco 880 Series Inte3.18	AI 35.00 L 8.00 An 5.00		.00	FCZ1932C25X	

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"/>						