



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2551563

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803723709** F. orden salida **25/09/2024 12:33** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803723709**
 No. de orden **D24-049296**
 F. de emisión orden de distribución **25/09/2024 13:16**

Fecha compromiso de entrega
25/09/2024 de 3:25PM a 3:55PM

Origen

Entidad CEDIS LEON (BJX)

Dirección BETA No. 201, Industrial Delta, 37545 ,
 CP 37545
 Ciudad ,GUANAJUATO

Teléfono _____
 Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
 Entidad CABLEMAS SA DE CV
 Cliente Tercero _____
 Dirección SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ 10560 ,
 CP 78434
 Ciudad SAN LUIS POTOSI,SLP

Teléfono 524444916010 Cel. _____
 Contacto Jesus Ignacio Hernandez Martinez | |

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 04:00 H. Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____ Nombre _____ Fecha _____ Hora _____



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2551563

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-049296
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803723709
Fecha y hora compromiso con el cliente	25/09/2024 15:55	Fecha de emisión	25/09/2024 13:16

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
N9K-C93180YC-EX=	() Nexus 9K,48p 10/25	0.60	Al 101.00 L 20.00 An 57.00	.00	FDO211706B0	

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"/>						