



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2574901

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803814338** F. orden salida **22/11/2024 09:27** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803814338**
 No. de orden **D24-062091**
 F. de emisión orden de distribución **22/11/2024 09:56**

Fecha compromiso de entrega
22/11/2024 de 12:24PM a 12:54PM

Origen

Entidad CEDIS MORELIA (MRL)

Dirección PASEO DE LA REPUBLICA 821 , EL REALITO

CP 58116

Ciudad MORELIA,MICHOACAN

Teléfono 443 3088810

Contacto

Destino

Estatus de Dir.

Entidad TELEFONIA POR CABLE S.A DE C.V

Cliente Tercero

Dirección PASEO TOLLOCAN OTE 1003 KM 6.5 ZONA INDUSTRIAL NONE ,

CP 50071

Ciudad TOLUCA,MEX

Teléfono 527221681243 Cel.

Contacto Emmanuel Espinoza Olivares | |

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 04:30 H. Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

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



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2574901

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-062091
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803814338
Fecha y hora compromiso con el cliente	22/11/2024 12:54	Fecha de emisión	22/11/2024 09:56

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
ASR-920-24SZ-IM	() Cisco ASR920 Serie:7.10	Al 56.00 L 20.00 An 41.00		.00	CAT2025V1KJ	

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"/>						