



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2500265

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: **164241665**
Identificador **164241665** F. orden salida **26/04/2024 20:16** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **164241665**
No. de orden **D24-020378**
F. de emisión orden de distribución **29/04/2024 09:44**

Fecha compromiso de entrega
29/04/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen
Entidad CEDIS MAZATLAN (MZT)
Dirección LUIS DONALDO COLOSIO 116 , VENADILLO
CP 82129
Ciudad MAZATALAN,SINALOA
Teléfono 62*200011*2
Contacto

Destino
Estatus de Dir.
Entidad NVL - FHL
Cliente Tercero
Dirección CARR. NVO. LAREDO - PIEDRAS NEGRAS KM 14.2 COL EJIDO LA CRUZ ,
CP 88176
Ciudad NUEVO LAREDO,TAM
Teléfono 5215514424864 Cel.
Contacto RAUL BEDOLLA

Envío
<input type="checkbox"/> Mayorista <input type="checkbox"/> Consolidado <input checked="" type="checkbox"/> Foráneo
<input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Local
<input type="checkbox"/> Material peligroso <input type="checkbox"/> 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
2500265

Cliente No. de orden
Solicitante Identificador
Fecha y hora compromiso con el cliente Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CRS-FP-X=	() Cisco CRS Series Fc4.90	Al 82.00 L 24.00 An 80.00		.00	CAT2415T01Z	

Bultos: Peso: Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						