



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2502396



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164266497
Identificador 164266497 F. orden salida 06/05/2024 02:05 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164266497
No. de orden D24-021584
F. de emisión orden de distribución 06/05/2024 07:47

Fecha compromiso de entrega
07/05/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS TORREON (TRC)
Dirección AV AYMES 161 INT 2 , CIUDAD INTERIOR
2 ZONA IND TORREON
CP 27000
Ciudad TORREON,COAHUILA
Teléfono 018717526072-74
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 52445514424864 Cel.
Contacto RAUL BEDOLLA | |

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
2502396

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-021584
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164266497
Fecha y hora compromiso con el cliente	07/05/2024 18:00	Fecha de emisión	06/05/2024 07:47

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
15216-FLD-4-33.4=	() Edge 4-Ch Bi-Directio	0.91	Al 6.00 L 23.00 An 22.00	.00	MPM26111097	

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"/>						