



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2524831       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador **803597360** F. orden salida 10/07/2024 17:46 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
Referencia **803597360**  
No. de orden **D24-034560**  
F. de emisión orden de distribución 10/07/2024 18:00

**Fecha compromiso de entrega**  
**11/07/2024 de 7:30AM a 8:00AM**

**Origen**

Entidad CEDIS VERACRUZ (VER)  
Dirección AV.FIDELIDAD #354 LTE 3 MZA 4 , CD INDUSTRIAL BRUNO PAGLIAI  
CP 91697  
Ciudad VERACRUZ,VERACRUZ  
Teléfono 012299209480 EXT6234  
Contacto

**Destino**

Estatus de Dir.  
Entidad BANCO MERCANTIL DEL NORTE S A INSTITUCION DE BAN  
Cliente Tercero  
Dirección CARRETERA CARDEL NAUTLA KM 42.5 LAGUNA VERDE CFE ,  
CP 91476  
Ciudad LAGUNA VERDE,VER  
Teléfono 522351076459 Cel.  
Contacto DANIELA LOMAN DIAZ | |

**Envío**

|   |   |   |                           |                     |
|---|---|---|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mayorista          | <input type="checkbox"/> Consolidado                | <input type="checkbox"/> Foráneo          | U. de medida <u>Pieza</u> | Peso (kg): <u>0</u> |
| <input type="checkbox"/> Minorista          | <input type="checkbox"/> Directo                    | <input checked="" type="checkbox"/> Local | U. de medida 2 _____      | Piezas : <u>0</u>   |
| <input type="checkbox"/> Material peligroso | <input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión |   | Tipo de unidad _____      | Cantidad: <u>1</u>  |

**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         |
| <b>2524831</b> |
|                |

|  |   |                  |                  |
|--|---|------------------|------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO  | No. de orden     | D24-034560       |
| Solicitante                            | MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK | Identificador    | 803597360        |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | 11/07/2024 08:00                                | Fecha de emisión | 10/07/2024 18:00 |

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

| Clave producto | Descripción                  | Peso                     | Tamaño | Cantidad | Serie       | Lote |
|----------------|------------------------------|--------------------------|--------|----------|-------------|------|
| NIM-1T=        | ( ) 1-Port Serial WAN In0.50 | AI 7.00 L 41.00 An 27.00 |        | .00      | FOC27180C2R |      |

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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |