



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2528074

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803611135** F. orden salida 18/07/2024 17:40 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803611135**
 No. de orden **D24-036186**
 F. de emisión orden de distribución 18/07/2024 18:02

Fecha compromiso de entrega
19/07/2024 de 7:30AM a 8:00AM

Origen

Entidad CEDIS CULIACAN (CUL)

Dirección DR JESUS KUMATE RODRIGUEZ # 2855
LOC 11 , RELA DEL VALLE

CP 80155

Ciudad CULIACAN,SINALOA

Teléfono 045 667 252 0404

Contacto

Destino

Estatus de Dir.

Entidad COPPEL

Cliente Tercero

Dirección CALLE REPUBLICA 2855 PTE ,

CP 80105

Ciudad CULIACAN,SIN

Teléfono 526671550302 Cel.

Contacto Mario Angel Ibarra Ramos | |

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
2528074

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-036186
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803611135
Fecha y hora compromiso con el cliente	19/07/2024 08:00	Fecha de emisión	18/07/2024 18:02

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C4-950WAC-R=	() 950W AC Config 4 P1.40	Al 42.00 L 12.00 An 15.00		.00	APS2350041T	

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"/>						