



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2529594

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164555809
 Identificador 164555809 F. orden salida 24/07/2024 02:02 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
 Referencia 164555809
 No. de orden D24-037181
 F. de emisión orden de distribución 24/07/2024 10:26

Fecha compromiso de entrega
25/07/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS LOS MOCHIS (LMN)

Dirección BLVD JUAN DE DIOS BATIZ 492 OTE ,
FRACC EL PARQUE

CP 81259

Ciudad LOS MOCHIS,SINALOA

Teléfono 668 8153670

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 55 2044 2655 Cel.

Contacto Mario Mondragon | |

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
2529594

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-037181
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164555809
Fecha y hora compromiso con el cliente	25/07/2024 18:00	Fecha de emisión	24/07/2024 10:26

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C5-1KWAC=	() 1KW AC Config 5 Po1.20		Al 11.00 L 31.00 An 18.00	.00	SDCI230216S9	

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"/>						