



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2529670

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803619927** F. orden salida **24/07/2024 10:18** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803619927**
 No. de orden **D24-037213**
 F. de emisión orden de distribución **24/07/2024 10:41**

Fecha compromiso de entrega
24/07/2024 de 2:48PM a 3:18PM

Origen

Entidad CEDIS PUEBLA (PBC)

Dirección BLVD. CARMEN SERDAN 54 , SANTA MARIA LA RIBERA

CP 72030

Ciudad PUEBLA,PUEBLA

Teléfono 01 222 2204231

Contacto

Destino

Estatus de Dir.

Entidad UNINET

Cliente Tercero

Dirección ODONTOLOGOS 14, LOMAS DE SAN ROQUE XALAPA DHL LATO I EXPRESS ,

CP 91015

Ciudad XALAPA,VER

Teléfono 522288354640 Cel.

Contacto Juan de Jesus Gonzalez | |

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

TRAVEL TIME 04:00 H. Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____ Nombre _____ Fecha _____ Hora _____



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2529670

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-037213
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803619927
Fecha y hora compromiso con el cliente	24/07/2024 15:18	Fecha de emisión	24/07/2024 10:41

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C1111-4P	() ISR 1100 4 Ports Du:2.60	Al 15.00 L 50.00 An 34.00		.00	TSP2333ABTF	

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"/>						