



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2559202

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803749919** F. orden salida 15/10/2024 19:14 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803749919**
 No. de orden **D24-053635**
 F. de emisión orden de distribución 15/10/2024 19:53

Fecha compromiso de entrega
16/10/2024 de 7:30AM a 8:00AM

Origen

Entidad CEDIS CANCUN (CUN)

Dirección TONINA LT 24 BODEGA 3 , ZONA INDUSTRIAL REGION 97 MANZANA 4

CP 77530

Ciudad CANCUN,QUINTANA ROO

Teléfono (045) 998-227-3932

Contacto

Destino

Estatus de Dir.

Entidad PALACE RESORTS SA DE CV

Cliente Tercero

Dirección SUR AVENIDA RAFAEL E. MELGAR KM 1.5.55 ZONA HOTELERA SUR ,

CP 77675

Ciudad COZUMEL,QROO

Teléfono 529993029791 Cel.

Contacto CHRIS INFORMATICA | |

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

2559202



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-053635

Solicitante MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK Identificador 803749919

Fecha y hora compromiso con el cliente 16/10/2024 08:00

Fecha de emisión 15/10/2024 19:53

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
GLC-SX-MMD=	() 1000BASE-SXSFTr:0.10		Al 22.00 L 6.00 An 2.00	.00	FNS27500J8U	

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
DAÑOS

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma