



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2572572

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **0** Guia: _____
Identificador **803805648** F. orden salida **18/11/2024 08:40** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803805648**
No. de orden **D24-060128**
F. de emisión orden de distribución **18/11/2024 08:51**

Fecha compromiso de entrega
18/11/2024 de 12:30PM a 1:00PM

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	GRUPO FINANCIERO SCOTIABANK INVERLAT
Cliente Tercero	
Dirección	AVENIDA 8 DE OCTUBRE S/N MARAVILLA ,
CP	77600
Ciudad	COZUMEL,QR
Teléfono	525554879111 Cel.
Contacto	JOSE MANUEL MELENDEZ GARCIA

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	<u> </u>	Piezas : <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		Tipo de unidad	<u> </u>	Cantidad: <u>1</u>

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

2572572



Cliente

No. de orden

Solicitante

Identificador

Fecha y hora compromiso con el cliente

Fecha de emisión

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	FGL2648L0DX	

Las piezas de retorno favor de entregarlas en la siguiente direccion: Calle:, colonia:, Ciudad:, CP:

Bultos:

Peso:

Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

<input type="text" value="Fecha Recibo"/>	<input type="text" value="Hora Recibo"/>
<input type="text" value="Hora Llegada"/>	<input type="text" value="Nombre"/>
<input type="text" value="COMPLETO"/>	<input type="text" value="Firma"/>
<input type="text" value="DAÑOS"/>	
SI NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

