



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2576879       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador **803821840** F. orden salida 27/11/2024 21:30 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
 Referencia **803821840**  
 No. de orden **D24-063334**  
 F. de emisión orden de distribución 27/11/2024 22:01

**Fecha compromiso de entrega**  
**28/11/2024 de 4:30PM a 5:00PM**

**Origen**

Entidad CEDIS REYNOSA (REX)  
 Dirección AV SN RAFAEL BODEGA 18 B , PARQUE MOLL INDUSTRIAL  
 CP 88756  
 Ciudad REUNOSA,TAMAULIPAS  
 Teléfono 899 1410755  
 Contacto

**Destino**

Estatus de Dir.  
 Entidad INBURSA  
 Cliente Tercero  
 Dirección MORELOS 1591 RODRIGUEZ AMPLIACION TAREA IMINB071720-004 ,  
 CP 88631  
 Ciudad REYNOSA,TAM  
 Teléfono 525553250505Ext6 Cel.  
 Contacto ARTURO RAMOS | |

**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 _____      | Piezas : <u>0</u>   |
| <input type="checkbox"/> Material peligroso | <input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión |   | Tipo de unidad _____      | Cantidad: <u>2</u>  |

**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

2576879



|  |   |                  |                  |
|--|---|------------------|------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO  | No. de orden     | D24-063334       |
| Solicitante                            | MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK | Identificador    | 803821840        |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | 28/11/2024 17:00                                | Fecha de emisión | 27/11/2024 22:01 |

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

| Clave producto  | Descripción | Peso | Tamaño                  | Cantidad | Serie       | Lote |
|-----------------|-------------|------|-------------------------|----------|-------------|------|
| NIM-2MFT-T1/E1= |             | 0.50 | Al 42.00 L 8.00 An 7.00 | .00      | FOC202086LB |      |
| PVDM4-128=      |             | 0.20 | Al 19.00 L 5.00 An 6.00 | .00      | FOC261832SL |      |

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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |