



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2583497

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803844993** F. orden salida 13/12/2024 18:26 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803844993**
 No. de orden **D24-067203**
 F. de emisión orden de distribución 13/12/2024 18:35

Fecha compromiso de entrega
14/12/2024 de 9:30AM a 10:00AM

Origen

Entidad MTY - FHL

Dirección BLVD. DIAZ ORDAZ INT 7 KM 3.33, COL. LA FAMA SAN PEDRO GARZA GARCIA N.L. ,

CP 66350

Ciudad MONTERREY,MN

Teléfono 52445514424864

Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____

Entidad ELECTRONICA STEREN SA DE CV

Cliente Tercero _____

Dirección AV. CRISTOBAL COLON 130 PTE, CENTRO MTY ENTRE JUAR ,

CP 64000

Ciudad MONTERREY,NLE

Teléfono 528180297155 Cel. _____

Contacto Carlos Vinicio Villarreal Moyeda | |

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

2583497



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-067203

Solicitante CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Identificador 803844993

Fecha y hora compromiso con el cliente 14/12/2024 10:00

Fecha de emisión 13/12/2024 18:35

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	FOC263450UG	

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