



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2587359

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **165210041** F. orden salida **05/01/2025 21:27** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **165210041**
 No. de orden **D25-000343**
 F. de emisión orden de distribución **06/01/2025 12:36**

Fecha compromiso de entrega
07/01/2025 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS CHIHUAHUA (CUU)

Dirección AV DE LAS INDUSTRIAS · 3706 , INDUSTRIAL NOMBRE DE DIOS

CP 31110

Ciudad CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

Teléfono 045 614 247 1114

Contacto

Destino

Estatus de Dir. M9X - FHL

Entidad M9X - FHL

Cliente Tercero

Dirección Calle Mirador 80 , PB-2 Colonia . El Mirador Coyoacan ,

CP 04950

Ciudad Ciudad de MÃ©xico, CDMX

Teléfono 5569144640 Cel.

Contacto Oscar Bonilla | |

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
2587359

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D25-000343
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	165210041
Fecha y hora compromiso con el cliente	07/01/2025 18:00	Fecha de emisión	06/01/2025 12:36

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
SFP-10G-SR=		0.10	Al 5.08 L 5.08 An 33.02	.00	ACW251124ED	

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"/>						