



**ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO**



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2590316       |
|               |

**Información del Servicio Origen**

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador 165239471 F. orden salida 14/01/2025 03:06 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

**Información del Servicio de Distribución**

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 165239471  
No. de orden D25-001829  
F. de emisión orden de distribución 14/01/2025 11:34

**Fecha compromiso de entrega**  
**15/01/2025 de 9:00AM a 6:00PM**

**Origen**

Entidad CEDIS MINATITLAN (MTT)  
Dirección LERDO N.11 FRENTE TERMINAL ADO ,  
CENTRO  
CP 96700  
Ciudad VERACRUZ,VERACRUZ  
Teléfono 019222236830  
Contacto \_\_\_\_\_

**Destino**

Estatus de Dir. \_\_\_\_\_  
Entidad MX1 - FHL  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección AVE. CULTURA GRIEGA #10, COLONIA SAN  
MARTIN XOCHINAHUAC ,  
CP 02120  
Ciudad AZCAPOTZALCO,CDMX  
Teléfono 55 2044 2655 Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto Mario Mondragon | |

**Envío**

|   |   |   |                           |                     |
|---|---|---|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mayorista          | <input type="checkbox"/> Consolidado                | <input checked="" type="checkbox"/> Foráneo | U. de medida <u>Pieza</u> | Peso (kg): <u>0</u> |
| <input type="checkbox"/> Minorista          | <input type="checkbox"/> Directo                    | <input 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>1</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**

**2590316**



|  |   |                  |                  |
|--|---|------------------|------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO  | No. de orden     | D25-001829       |
| Solicitante                            | MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK | Identificador    | 165239471        |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | 15/01/2025 18:00                                | Fecha de emisión | 14/01/2025 11:34 |

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

| Clave producto  | Descripción                | Peso | Tamaño                    | Cantidad | Serie       | Lote |
|-----------------|----------------------------|------|---------------------------|----------|-------------|------|
| ISA-3000-4C-K9= | ( ) Industrial Security Ap | 2.50 | Al 57.00 L 24.00 An 54.00 | .00      | FOC2219Y0FT |      |

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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |