



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2524860

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
 Identificador **803597414** F. orden salida 10/07/2024 19:03 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803597414**
 No. de orden **D24-034567**
 F. de emisión orden de distribución 10/07/2024 19:58

Fecha compromiso de entrega
11/07/2024 de 10:30AM a 11:00AM

Origen

Entidad CEDIS TIJUANA (TIJ)
 Dirección PRIV MISIONES 1124 , MISIONES
 CP 22440
 Ciudad MEXICO,BAJA CALIFORNIA
 Teléfono 0446642863706
 Contacto

Destino

Estatus de Dir.
 Entidad BBVA MEXICO
 Cliente Tercero
 Dirección BLVD SALINAS 10485 ,
 CP 22014
 Ciudad TIJUANA,BCN
 Teléfono 522711903745 Cel.
 Contacto Raymundo Manuel Altamira Velazquez | |

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
2524860

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-034567
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803597414
Fecha y hora compromiso con el cliente	11/07/2024 11:00	Fecha de emisión	10/07/2024 19:58

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C1-715WAC-P=	() 715W AC 80+ platin	1.50	Al 21.00 L 53.00 An 22.00	.00	DCC2728C6ZE	

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"/>						