



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2528604

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803613394** F. orden salida **20/07/2024 07:52** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803613394**
No. de orden **D24-036571**
F. de emisión orden de distribución **20/07/2024 08:10**

Fecha compromiso de entrega
20/07/2024 de 10:49AM a 11:19AM

Origen
Entidad CEDIS MEXICALI (MXL)
Dirección AV.FERROCARRILEROS 14 ESQ. CALLE INDUSTRIAL, INDUSTRIAL
CP 21010
Ciudad BAJA CALIFORNIA NTE.,BAJA CALIFORNIA
Teléfono 01-686-556-5901
Contacto

Destino
Estatus de Dir.
Entidad UNINET SA DE CV
Cliente Tercero
Dirección PIO PICO 1525 ,
CP 22000
Ciudad TIJUANA,BCN
Teléfono 525554876590 Cel.
Contacto VICTOR MENDOZA

Envío
<input type="checkbox"/> Mayorista <input type="checkbox"/> Consolidado <input type="checkbox"/> Foráneo
<input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Directo <input checked="" type="checkbox"/> Local
<input type="checkbox"/> Material peligroso <input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión
U. de medida <u>Pieza</u> Peso (kg): <u>0</u>
U. de medida 2 <u> </u> Piezas : <u>0</u>
Tipo de unidad <u> </u> Cantidad: <u>1</u>

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

TRAVEL TIME 04:00 H. Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____ Nombre _____ Fecha _____ Hora _____



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2528604



Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-036571
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803613394
Fecha y hora compromiso con el cliente	20/07/2024 11:19	Fecha de emisión	20/07/2024 08:10

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
SPA-2XOC48POS/RPR-		0.91	Al 7.62 L 7.62 An 26.04	.00	JAE151003FO	

Las piezas de retorno favor de entregarlas en la siguiente direccion: Calle:, colonia:, Ciudad:, CP:

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"/>						

