



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2528635



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: 164545559  
Identificador 164545559 F. orden salida 21/07/2024 02:08 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 164545559  
No. de orden D24-036603  
F. de emisión orden de distribución 22/07/2024 09:15

**Fecha compromiso de entrega**  
**22/07/2024 de 9:00AM a 6:00PM**

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 NOG - FHL  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección PERIF.LUIS D.COLOSIO #2680-8,  
CP 84066  
Ciudad NOGALES,SON  
Teléfono 6312023291 Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto Adriana Rosario Gonzalez | |

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

2528635



Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-036603
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164545559
Fecha y hora compromiso con el cliente	22/07/2024 18:00	Fecha de emisión	22/07/2024 09:15

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C1-715WDC=	( ) 715W DC Power Sup	1.60	Al 15.00 L 30.00 An 15.00	.00	DCC2721E13X	

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"/>						

