



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2528630

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164545562
Identificador 164545562 F. orden salida 21/07/2024 02:07 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164545562
No. de orden D24-036607
F. de emisión orden de distribución 22/07/2024 09:17

Fecha compromiso de entrega
22/07/2024 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	TIJ - FHL
Cliente Tercero	
Dirección	PRIVADA MISIONES 1124 PARQUE IND MISIONES TIJUANA B.C. ,
CP	22500
Ciudad	TIJUANA,BCN
Teléfono	6641084130 Cel.
Contacto	Ignacio Lopez

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	<u> </u>	Piezas : <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		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

Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

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



**ORDEN DE SERVICIO
ENVIO**



Ticket
2528630

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-036607
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164545562
Fecha y hora compromiso con el cliente	22/07/2024 18:00	Fecha de emisión	22/07/2024 09:17

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
A9K-SIP-700=	() CiscoASR9000Serie:1.70	Al 24.00 L 80.00 An 67.00		.00	FOC1718N1KU	

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"/>						

