



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2564050



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 164969697 F. orden salida 27/10/2024 03:15 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164969697
No. de orden D24-056199
F. de emisión orden de distribución 28/10/2024 10:02

Fecha compromiso de entrega
28/10/2024 de 5:30PM a 6:00PM

Origen

Entidad A9G - FHL
Dirección CALLE CALDERON NO. 103 COL. DEL TRABAJO ,
CP 20180
Ciudad AGUASCALIENTES,MN
Teléfono 525550003002
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

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
2564050

Cliente
Solicitante
Fecha y hora compromiso con el cliente **28/10/2024 18:00**

No. de orden **D24-056199**
Identificador
Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9400-SSD-240GB=	() Cisco Catalyst 9400	0.30	Al 38.00 L 15.00 An 34.00	.00	MSA23260CEZ	

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

Bultos: Peso: Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora Llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						

