



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



<b>Ticket</b>
2564039

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: 164969671  
 Identificador 164969671 F. orden salida 27/10/2024 03:07 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
 Referencia 164969671  
 No. de orden D24-056243  
 F. de emisión orden de distribución 28/10/2024 10:37

**Fecha compromiso de entrega**  
**28/10/2024 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 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**  
**2564039**

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-056243
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164969671
Fecha y hora compromiso con el cliente	28/10/2024 18:00	Fecha de emisión	28/10/2024 10:37

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C9400-PWR-2100AC=	( ) Cisco Catalyst 9400	3.90	Al 22.00 L 54.00 An 19.00	.00	DTM24060292	

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"/>						

