



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2584288



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **0** Guia: _____
Identificador **803846401** F. orden salida **17/12/2024 13:24** Solicito **MESA DE CONTROL MULTIPACK MU**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803846401**
No. de orden **D24-067942**
F. de emisión orden de distribución **17/12/2024 13:54**

Fecha compromiso de entrega
18/12/2024 de 10:30AM a 11:00AM

Origen

Entidad CEDIS CABO SAN LUCAS (CSL)
Dirección CARRETERA BORDO CASI ESQ LEONA VIARIO , IND. FIRET
CP 23450
Ciudad CABO SAN LUCAS,BAJA CALIFORNIA SUR
Teléfono 045-624-122-1550
Contacto

Destino

Estatus de Dir.
Entidad BANCA MIFEL SA
Cliente Tercero
Dirección TRANSPENINSULAR SAN JOSE DEL CABO KM 24.5 ,
CP 23406
Ciudad SAN JOSE DEL CABO,BCS
Teléfono 525552827800Ext7 Cel.
Contacto ERIC MARQUEZ BAZALDUA | |

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
2584288

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-067942
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	803846401
Fecha y hora compromiso con el cliente	18/12/2024 11:00	Fecha de emisión	17/12/2024 13:54

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7841-K9=	() Cisco UC Phone 7841.40	Al 23.00 L 56.00 An 56.00		.00	WZP26290MCW	

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"/>						