



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2553133



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: 164833209  
Identificador 164833209 F. orden salida 29/09/2024 06:02 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 164833209  
No. de orden D24-050350  
F. de emisión orden de distribución 30/09/2024 12:43

**Fecha compromiso de entrega**  
**30/09/2024 de 9:00AM a 6:00PM**

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 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**



<b>Ticket</b>
<b>2553133</b>

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	<b>D24-050350</b>
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164833209
Fecha y hora compromiso con el cliente	<b>30/09/2024 18:00</b>	Fecha de emisión	30/09/2024 12:43

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

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
NIM-1MFT-T1/E1=	( ) 1 port Multiflex Trunk	0.50	Al 7.00 L 40.00 An 26.00	.00	FOC21050D7Q	

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"/>						

