



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2557972



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 164902713
Identificador 164902713 F. orden salida 13/10/2024 04:06 Solicito MESA DE CONTROL MULTIPACK MU

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164902713
No. de orden D24-053283
F. de emisión orden de distribución 14/10/2024 14:47

Fecha compromiso de entrega
14/10/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CEDIS LA PAZ (LAP)
Dirección FELIX ORTEGA 1715 ESQ , CENTRO
CP 23000
Ciudad LA PAZ,BAJA CALIFORNIA SUR
Teléfono 6121284560
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad C4N - FHL
Cliente Tercero _____
Dirección AVENIDA 23 REGIMIENTO 119-E PTE ESQUINA
CON LA CON CALLE TABASCO COL. RUSSO
VOGEL ,
CP 85197
Ciudad CIUDAD OBREGON,SON
Teléfono 644 236 1087 Cel. _____
Contacto Abel Murrieta | |

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
2557972

Cliente	FH_CISCO	No. de orden	D24-053283
Solicitante	MESA DE CONTROL MULTIPACK MULTIPACK MCMULTIPACK	Identificador	164902713
Fecha y hora compromiso con el cliente	14/10/2024 18:00	Fecha de emisión	14/10/2024 14:47

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-4430-AC=	() AC Power Supply for 1.20	Al 48.00 L 13.00 An 13.00		.00	LIT19171EDR	

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"/>						