



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2500484



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803479403** F. orden salida **29/04/2024 08:06** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803479403**
No. de orden **D24-020339**
F. de emisión orden de distribución **29/04/2024 08:15**

Fecha compromiso de entrega
29/04/2024 de 11:00AM a 11:30AM

Origen

Entidad **FHL MDE**
Dirección **Carrera 52 Nro. 14 - 200 Bodega 201-A (Piso3) , Centro de Bodegas Olaya**
CP **0000**
Ciudad **,MN**
Teléfono **3146259877**
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad **BANCOLOMBIA S A**
Cliente Tercero _____
Dirección **DIAGONAL 50A 34 - 175 DATA CENTER NIQUIA, 051050 ,**
CP _____
Ciudad **MEDELLIN,ANTIOQUIA**
Teléfono **573196858738** Cel. _____
Contacto **CESAR CARRILLO | |**

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

2500484



Cliente FH_CISCO

No. de orden D24-020339

Solicitante CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Identificador 803479403

Fecha y hora compromiso con el cliente 29/04/2024 11:30

Fecha de emisión 29/04/2024 08:15

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCS-HD18TB10K4KN= ()	1.8TB 12G SAS 10K 0.40	AI 101.00 L 26.00 An 61.00	.00		WBN4KP1B	

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
DAÑOS

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma