



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2505562



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803505152 F. orden salida 15/05/2024 08:03 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803505152
No. de orden D24-023195
F. de emisión orden de distribución 15/05/2024 08:22

Fecha compromiso de entrega
16/05/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad CO1 - FHL
Dirección Autopista Medellín-n Km 7 Celta Trade Park Bodega 51-A. Funza, Cundinamarca, Bogotá, Colombia,
CP _____
Ciudad BOGOTA,CO
Teléfono 999999999
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad SURA ASSET MANAGEMENT S A
Cliente Tercero _____
Dirección CRA 43 A # 3 101 EDIFICIO CORFINSURA,
CP _____
Ciudad MEDELLIN,
Teléfono 573104462330 Cel. _____
Contacto Natalia Moreno Misas | |

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
2505562

Cliente FH_CISCO
Solicitante VALICACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente **16/05/2024 18:00**

No. de orden **D24-023195**
Identificador 803505152
Fecha de emisión 15/05/2024 08:22

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCS-HD600G10K12N= ()	600GB 12G SAS 10P0.40		AI 28.00 L 8.00 An 4.00	.00	83V0A1C3FJPF	

Bultos: 0 Peso: 0 Cartones: 0

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						