

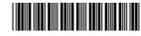


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2506056



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 164299171 F. orden salida 16/05/2024 01:01 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 164299171
No. de orden D24-023542
F. de emisión orden de distribución 16/05/2024 08:47

Fecha compromiso de entrega
17/05/2024 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 ALEJANDRO SANCHEZ

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad MDE - WHS
Cliente Tercero _____
Dirección Carrera 52 Nro. 14 - 200 Bodega 201-A (Piso3) Centro de Bodegas Olaya , ,
CP _____
Ciudad MEDELLIN,CO
Teléfono 3146259877 Cel. _____
Contacto Maria Isabel Atehortua | |

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
2506056

Cliente
Solicitante
Fecha y hora compromiso con el cliente **17/05/2024 18:00**

No. de orden **D24-023542**
Identificador
Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCS-HD24TB10K4KN= ()	2.4 TB 12G SAS 10K0.40	AI 3.50 L 35.00 An 20.00		.00	WBM8L9NS	

Bultos: Peso: Cartones:

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"/>						