



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2529080



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803615992** F. orden salida **22/07/2024 16:13** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803615992**
No. de orden **D24-036882**
F. de emisión orden de distribución **22/07/2024 16:31**

Fecha compromiso de entrega
22/07/2024 de 7:06PM a 7:36PM

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 **COLFONDOS**
Cliente Tercero _____
Dirección **CARRERA 52 #14-30 INTERIOR 132 CENTRO EMPRESARIAL OLAYA HERRERA ,**
CP _____
Ciudad **MEDELLIN,ANTIOQUIA**
Teléfono **573102164657** Cel. _____
Contacto **Juan Munoz Molina | |**

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
2529080

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	22/07/2024 19:36

No. de orden	D24-036882
Identificador	803615992
Fecha de emisión	22/07/2024 16:31

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
SNS-3615-K9-CHAS	() Small Secure Networ	0.60	Al 101.00 L 21.00 An 61.00	.00	WZP23280EVP	

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"/>						