



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2554620



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803725607 F. orden salida 02/10/2024 19:23 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803725607
No. de orden D24-051277
F. de emisión orden de distribución 03/10/2024 11:22

Fecha compromiso de entrega
04/10/2024 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 GECELCA SA ESP
Cliente Tercero _____
Dirección 72-109 CARRERA 55, PISO 9 apachecoa@gecelca.com.co ,
CP _____
Ciudad BARRANQUILLA,ATLANTICO
Teléfono 573216154747 Cel. _____
Contacto Reinaldo Manrique | |

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
2554620

Cliente FH_CISCO
Solicitante VALICACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente **04/10/2024 18:00**

No. de orden **D24-051277**
Identificador 803725607
Fecha de emisión 03/10/2024 11:22

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
AIR-AP3802I-A-K9	() 802.11ac W2 AP w/C2.40	Al 26.00 L 10.00 An 26.00		.00	FGL2307A3J2	

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"/>						