

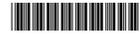


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2558939



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de SDS_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803754245 F. orden salida 15/10/2024 11:02 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803754245
No. de orden D24-053494
F. de emisión orden de distribución 15/10/2024 11:14

Fecha compromiso de entrega
16/10/2024 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 ITS INFOCOM
Cliente Tercero _____
Dirección CARRERA 48 #32B SUR-139 CC VIVA ENVIGADO EDIFICIO CORPORATIVO ALMACENES EXITO PISO 4,
CP 055422
Ciudad ENVIGADO-ANTIOQUIA,ANTIOQUIA
Teléfono 573052105408 Cel. _____
Contacto Andres Felipe Arango Lopez Carlos Andres . | |

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: 2

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
2558939

Cliente
Solicitante
Fecha y hora compromiso con el cliente **16/10/2024 18:00**

No. de orden **D24-053494**
Identificador
Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
MR36-HW		1.00	Al 7.00 L 16.00 An 30.00	.00	Q3KA-S8MR-APVX	
MR36-HW		1.00	Al 7.00 L 16.00 An 30.00	.00	Q3KA-5XJ7-SP53	

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"/>						