



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2559381

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de SDS_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803756442 F. orden salida 16/10/2024 11:17 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803756442
No. de orden D24-053735
F. de emisión orden de distribución 16/10/2024 11:35

Fecha compromiso de entrega
17/10/2024 de 9:00AM a 11:15AM

Origen

Entidad FH_EC1
Dirección Av. La Prensa N70-121 Bodega 22 X , El condado
CP _____
Ciudad Quito,Quito
Teléfono -----
Contacto _____

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad KUBIEC SA
Cliente Tercero _____
Dirección AV HUAYANAY NAN OE1 476 PANAMERICANA SUR KM. 10 ,
CP 170701
Ciudad QUITO,PICHINCHA
Teléfono 593998277266 Cel. _____
Contacto Hernan Estrella Calderon | |

Envío

<input type="checkbox"/> Mayorista	<input type="checkbox"/> Consolidado	<input type="checkbox"/> Foráneo	U. de medida <u>Pieza</u>	Peso (kg): <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Minorista	<input type="checkbox"/> Directo	<input checked="" type="checkbox"/> Local	U. de medida 2 _____	Piezas : <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		Tipo de unidad _____	Cantidad: <u>1</u>

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
2559381

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	VALIDACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente	17/10/2024 11:15

No. de orden	D24-053735
Identificador	803756442
Fecha de emisión	16/10/2024 11:35

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
MS120-24P-HW	() Meraki MS120-24P	15.10	Al 13.00 L 60.00 An 40.00	.00	Q4DE-TCHR-VQWW	

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"/>						