



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2581295

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **165128846** F. orden salida **09/12/2024 21:41** Solicito **MARIO MONDRAGON BAUTISTA**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **165128846**
 No. de orden **D24-065954**
 F. de emisión orden de distribución **10/12/2024 09:35**

Fecha compromiso de entrega
11/12/2024 de 9:00AM a 6:00PM

Origen

Entidad MDE - WHS

Dirección Carrera 52 Nro. 14 - 200 Bodega 201-A (Piso3) Centro de Bodegas Olaya ,

CP

Ciudad MEDELLIN,CO

Teléfono 3146259877

Contacto ALEJANDRO SANCHEZ

Destino

Estatus de Dir.

Entidad BAQ - WHS

Cliente Tercero

Dirección VÃ-a 40 No. 71-197 Centro Industrial Marysol , ,

CP

Ciudad BARRANQUILLA,Barranquilla

Teléfono 573125944375 Cel.

Contacto Rosibel GÃmez | |

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
2581295

Cliente
Solicitante
Fecha y hora compromiso con el cliente **11/12/2024 18:00**

No. de orden **D24-065954**
Identificador
Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCSB-PSU-2500ACDV= ()	2500W Platinum AC 3.50	Al 72.00 L 21.00 An 23.00		.00	DTM210301ZA	

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"/>						