



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2585006



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803856158** F. orden salida **20/12/2024 07:18** Solicito **EDER JOVAN HUERTA TORRES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803856158**
No. de orden **D24-068429**
F. de emisión orden de distribución **20/12/2024 07:28**

Fecha compromiso de entrega
20/12/2024 de 10:15AM a 10:45AM

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 **Andrew Camp**
Cliente Tercero _____
Dirección **2-38 CARRERA 52 SERVICIOS NUTRESA S.A.S.**
CP _____
Ciudad **MEDELLIN,ANTIOQUIA**
Teléfono **999999999** Cel. _____
Contacto **NONAME | |**

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
2585006

Cliente
Solicitante
Fecha y hora compromiso con el cliente **20/12/2024 10:45**

No. de orden **D24-068429**
Identificador
Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C1-715WAC-P=	() 715W AC 80+ platinu	1.50	Al 21.00 L 53.00 An 22.00	.00	DCC2639C2EV	

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"/>						