



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2587170



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803868049** F. orden salida **03/01/2025 09:29** Solicito **EDER JOVAN HUERTA TORRES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803868049**
No. de orden **D25-000186**
F. de emisión orden de distribución **03/01/2025 09:41**

Fecha compromiso de entrega
03/01/2025 de 12:26PM a 12:56PM

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 **BANCOLOMBIA S A**
Cliente Tercero _____
Dirección **DIAGONAL 50A 34 - 175 DATA CENTER NIQUIA, 051050 , ,**
CP _____
Ciudad **MEDELLIN,ANTIOQUIA**
Teléfono **573196858738** Cel. _____
Contacto **CESAR CARRILLO | |**

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
2587170

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	EDER JOVAN HUERTA TORRES
Fecha y hora compromiso con el cliente	03/01/2025 12:56

No. de orden	D25-000186
Identificador	803868049
Fecha de emisión	03/01/2025 09:41

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCS-MR-X32G2RT-H=		0.10	Al 2.00 L 4.00 An 3.00	.00	F05PL3093303AE6235	

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"/>						