



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2588894



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: 25X10012
Identificador 165228383 F. orden salida 09/01/2025 14:01 Solicito MARIO MONDRAGON BAUTISTA

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 165228383
No. de orden D25-001048
F. de emisión orden de distribución 09/01/2025 14:27

Fecha compromiso de entrega
10/01/2025 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 EDUARDO CORONA

Destino

Estatus de Dir. _____
Entidad U06 - CISCO SYSTEMS C/O RYDER INTEGRATED LOGISTICS
Cliente Tercero _____
Dirección 724 HENRIETTA CREEK ROAD , ,
CP 76262
Ciudad ROANOKE,MN
Teléfono 1817490-6062 Cel. _____
Contacto COORDINATOR | |

Envío

Mayorista Consolidado Foráneo
 Minorista Directo Local
 Material peligroso Restricción tractor/camión
U. de medida Pieza Peso (kg): 112
U. de medida 2 Kilo Piezas : 1
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 1

Observaciones

1 BULTO
Favor de recolectar todas las facturas selladas y/o firmadas

Nombre

Fecha

Hora

Nombre

Fecha

Hora



**ORDEN DE SERVICIO
ENVIO**



Ticket
2588894

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	MARIO MONDRAGON BAUTISTA
Fecha y hora compromiso con el cliente	10/01/2025 18:00

No. de orden	D25-001048
Identificador	165228383
Fecha de emisión	09/01/2025 14:27

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CS-ROOM70S-MON-S= ()	Monitor for Room 70:8.00	Al 149.00 L 182.00 An 56.00	.00		WZS2611C033	

Bultos: 1 Peso: 112 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"/>						