



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2545701

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
 Identificador **803693530** F. orden salida **06/09/2024 16:55** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803693530**
 No. de orden **D24-046030**
 F. de emisión orden de distribución **06/09/2024 17:33**

Fecha compromiso de entrega
10/09/2024 de 5:30PM a 6:00PM

Origen
Entidad CO1 - FHL
Dirección Autopista Medellín-n Km 7 , Celta Trade Park Bodega 51-A.
CP
Ciudad MEXICO, D.F.,MN
Teléfono -----
Contacto

Destino
Estatus de Dir.
Entidad GOOGLE INC
Cliente Tercero
Dirección 6 MANZANA CARRERA 15A-25 , ,
CP 110921
Ciudad BOGOTA,
Teléfono 57018005184298 Cel.
Contacto Equinix GSD

Envío				
<input type="checkbox"/> Mayorista	<input type="checkbox"/> Consolidado	<input type="checkbox"/> Foráneo	U. de medida Pieza	Peso (kg): 0
<input type="checkbox"/> Minorista	<input type="checkbox"/> Directo	<input checked="" type="checkbox"/> Local	U. de medida 2	Piezas : 0
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		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
2545701

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **10/09/2024 18:00**

No. de orden **D24-046030**

Identificador

Fecha de emisión

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
NCS1002-K9=	() Network Convergenc	6.70	Al 27.00 L 88.00 An 59.00	.00	CAT2114B032	

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"/>						