



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2552725

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
 Identificador **803727545-1** F. orden salida **27/09/2024 12:00** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
 Referencia **803727545-1**
 No. de orden **D24-049948**
 F. de emisión orden de distribución **27/09/2024 12:53**

Fecha compromiso de entrega
27/09/2024 de 1:48PM a 2:18PM

Origen
Entidad FH_EC1
Dirección Av. La Prensa N70-121 Bodega 22 X , El condado
CP
Ciudad Quito,Quito
Teléfono -----
Contacto

Destino
Estatus de Dir.
Entidad SONDA
Cliente Tercero
Dirección AV LAS AMERICAS, EDIF SKYBUILDING PISO 3 OFICINA 1 ,
CP
Ciudad GUAYAQUIL, GUAYAS
Teléfono 593986785752 Cel.
Contacto Byron Nieto

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
2552725

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	27/09/2024 14:18

No. de orden	D24-049948
Identificador	803727545-1
Fecha de emisión	27/09/2024 12:53

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCS-S3260-G3SD48=	() UCS S3260 480G Bc0.30		Al 6.00 L 25.00 An 20.00	.00	20312AC33584	

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"/>						