



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2502242



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador 803489407 F. orden salida 03/05/2024 17:21 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 803489407  
No. de orden D24-021535  
F. de emisión orden de distribución 03/05/2024 17:30

**Fecha compromiso de entrega**  
**07/05/2024 de 5:30PM a 6:00PM**

Origen

Entidad PE1 - FHL  
Dirección AVENIDA ARGENTINA NOS. 3101-3119 y 3127 CERCADO DE LIMA ,  
CP \_\_\_\_\_  
Ciudad LIMA,LIM  
Teléfono 1305929-1730  
Contacto \_\_\_\_\_

Destino

Estatus de Dir. \_\_\_\_\_  
Entidad GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección AV ELMER FAUCETT 3970 ,  
CP 07031  
Ciudad CALLAO,CALLAO  
Teléfono 51997684398 Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto CARLOS RAMIREZ | |

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



<b>Ticket</b>
<b>2502242</b>

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	VALIDACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente	<b>07/05/2024 18:00</b>

No. de orden	<b>D24-021535</b>
Identificador	803489407
Fecha de emisión	03/05/2024 17:30

**RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO**

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
C1000-48T-4X-L		5.20	Al 17.00 L 57.00 An 40.00	.00	PSZ25101FUU	

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"/>						