



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket
2504165

Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803499895 F. orden salida 10/05/2024 09:54 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803499895
No. de orden D24-022556
F. de emisión orden de distribución 10/05/2024 11:51

Fecha compromiso de entrega
13/05/2024 de 9:00AM 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	CORPAC
Cliente Tercero	
Dirección	AV ELMER FAUCETT S/N, CALLAO 07031 CORPAC ,
CP	07031
Ciudad	CALLAO,CALLAO
Teléfono	51920044558 Cel.
Contacto	Carlos Reyes Nayra

Envío					
<input type="checkbox"/> Mayorista	<input type="checkbox"/> Consolidado	<input type="checkbox"/> Foráneo	U. de medida	<u>Pieza</u>	Peso (kg): <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Minorista	<input type="checkbox"/> Directo	<input checked="" type="checkbox"/> Local	U. de medida 2	_____	Piezas : <u>0</u>
<input type="checkbox"/> Material peligroso	<input type="checkbox"/> Restricción tractor/camión		Tipo de unidad	_____	Cantidad: <u>1</u>

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
2504165

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	VALIDACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente	13/05/2024 18:00

No. de orden	D24-022556
Identificador	803499895
Fecha de emisión	10/05/2024 11:51

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-8865-K9=	() Cisco IP Phone	88651.60	Al 30.00 L 12.00 An 30.00	.00	FCH26422CZF	

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"/>						