



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2524515



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **NBD_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
Identificador **803595297** F. orden salida **09/07/2024 21:03** Solicito **VALIDACIONES CISCO**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803595297**
No. de orden **D24-034427**
F. de emisión orden de distribución **10/07/2024 09:41**

Fecha compromiso de entrega
11/07/2024 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 **AMERICA MOVIL PERU SAC**
Cliente Tercero
Dirección **AVLARCO 827 URB LA MERCED ,**
CP **13008**
Ciudad **TRUJILLO,**
Teléfono **51997998800** Cel.
Contacto **Fernando Reyes Velasquez | |**

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



Ticket
2524515

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	VALIDACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente	11/07/2024 18:00

No. de orden	D24-034427
Identificador	803595297
Fecha de emisión	10/07/2024 09:41

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
AIR-AP1852I-A-K9	() 802.11ac Wave 2; 4x2.00		Al 25.00 L 10.00 An 23.00	.00	FJC260814RH	

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"/>						