



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2556511



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de NBD_IN_HR Prioridad 0 Guia: _____
Identificador 803741536-1 F. orden salida 09/10/2024 06:51 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH_CISCO
Referencia 803741536-1
No. de orden D24-052304
F. de emisión orden de distribución 09/10/2024 08:56

Fecha compromiso de entrega
10/10/2024 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 QUALIT CONSULTING SAC
Cliente Tercero _____
Dirección CALLE SCHELL NRO 319 INT. 502 URB. LEURO - MIRAFLO EDIFICIO ACUARIO rsihue@qualitconsulting.com.pe ,
CP 15074
Ciudad LIMA,LIMA
Teléfono 51914378732 Cel. _____
Contacto ROGER SIHUE SANCHEZ | |

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
2556511

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	VALIDACIONES CISCO
Fecha y hora compromiso con el cliente	10/10/2024 18:00

No. de orden	D24-052304
Identificador	803741536-1
Fecha de emisión	09/10/2024 08:56

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
PWR-C1-715WAC-P=	() 715W AC 80+ platinu	1.50	Al 21.00 L 53.00 An 22.00	.00	DCC2525C4HB	

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"/>						