



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2587310



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **SDS_OUT_HR** Prioridad **0** Guia: _____
Identificador **803868610** F. orden salida **04/01/2025 18:10** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803868610**
No. de orden **D25-000250**
F. de emisión orden de distribución **05/01/2025 07:56**

Fecha compromiso de entrega
05/01/2025 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 **BANCO DE CREDITO DEL PERU**
Cliente Tercero
Dirección **CALLE 1 AV LOS ROSALES 260 ATE ,**
CP **15054**
Ciudad **LIMA,LIMA**
Teléfono **51971157278** Cel.
Contacto **JORGE 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**



Ticket

2587310



Cliente FH_CISCO

No. de orden **D25-000250**

Solicitante CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Identificador 803868610

Fecha y hora compromiso con el cliente **05/01/2025 18:00**

Fecha de emisión 05/01/2025 07:56

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
Z3C-HW-NA	() Meraki Z3C LTE Tele	1.60	Al 9.00 L 30.00 An 18.00	.00	Q2PY-39XB-ZSXA	

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
DAÑOS**

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma