



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2588600       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de **NBD\_OUT\_HR** Prioridad **0** Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador **803875408** F. orden salida **08/01/2025 16:25** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH\_CISCO**  
Referencia **803875408**  
No. de orden **D25-000784**  
F. de emisión orden de distribución **08/01/2025 17:36**

**Fecha compromiso de entrega**  
**10/01/2025 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 **STATKRAFT**  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección **AV PARDO Y ALIAGA 652 ,**  
CP \_\_\_\_\_  
Ciudad **LIMA,LIMA**  
Teléfono **51967669858** Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto **Gabriel Linares | |**

**Envío**

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

**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>2588600</b> |
|                |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO                  |
| Solicitante                            | CARMEN LIZBETH SOTO REYES |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | <b>10/01/2025 18:00</b>   |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| No. de orden     | <b>D25-000784</b> |
| Identificador    | 803875408         |
| Fecha de emisión | 08/01/2025 17:36  |

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

| Clave producto | Descripción                 | Peso                      | Tamaño | Cantidad | Serie       | Lote |
|----------------|-----------------------------|---------------------------|--------|----------|-------------|------|
| ISR4321/K9     | ( ) Cisco ISR 4321 (2GE4.50 | Al 18.00 L 57.00 An 42.00 |        | .00      | FLM2118W0EG |      |

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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |