

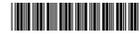


ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2548200



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad **2** Guia: _____
Identificador **803705727** F. orden salida **16/09/2024 08:30** Solicito **CARMEN LIZBETH SOTO REYES**

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803705727**
No. de orden **D24-047406**
F. de emisión orden de distribución **16/09/2024 08:44**

Fecha compromiso de entrega
16/09/2024 de 11:23AM a 11:53AM

Origen

Entidad **BO1 - FHL**
Dirección **CALLE 6 DE OBRAJES, ESQUINA
AV.ORMACHEA NO. 350 "TORRES
PREMIUM", EDIFICIO B, LOCAL 1 ,**
CP
Ciudad **LA PAZ,MN**
Teléfono **00-591-22-78-60-78**
Contacto

Destino

Estatus de Dir.
Entidad **BANCO BISA SA**
Cliente Tercero
Dirección **N0 16 DE JULIO AVENIDA 1628 ,**
CP **1290**
Ciudad **LA PAZ,LA PAZ DEPARTMENT**
Teléfono **59167312377** Cel.
Contacto **Army Ergueta | |**

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
2548200

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	16/09/2024 11:53

No. de orden	D24-047406
Identificador	803705727
Fecha de emisión	16/09/2024 08:44

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
UCS-SD38TBE1NK9=	() 3.8TB Enterprise Val 1.00	AI 19.00 L 5.00 An 6.00		.00	200627F464B9	

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"/>						