

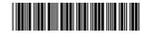


ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



Ticket

2548139



Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de NBD\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
Identificador 803705948 F. orden salida 15/09/2024 10:42 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
Referencia 803705948  
No. de orden D24-047509  
F. de emisión orden de distribución 17/09/2024 11:06

**Fecha compromiso de entrega**  
**18/09/2024 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 HENNES & MAURITZ  
Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
Dirección AV ALFREDO MENDIOLA 3698 ,  
CP 15311  
Ciudad LIMA,  
Teléfono 15117147103 Cel. \_\_\_\_\_  
Contacto Alonso . | |

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**  
**2548139**

Cliente

Solicitante

Fecha y hora compromiso con el cliente **18/09/2024 18:00**

No. de orden **D24-047509**

Identificador

Fecha de emisión

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

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
CP-7821-K9=	( ) Cisco UC Phone 7821.30	AI 7.00 L 28.00 An 24.00		.00	WZP19030PPZ	

Bultos:       Peso:       Cartones:

La persona que recibe debe de anotar su nombre, firmar y sellar este documento.

Fecha Recibo	<input type="text"/>	Hora Recibo	<input type="text"/>				
Hora llegada	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
COMPLETO	SI NO	Firma	<input type="text"/>				
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"/>						