



ORDEN DE SERVICIO
ENVIO



Ticket

2549170



Información del Servicio Origen

Salida No. _____ Tipo de **Premium** Prioridad 0 Guia: _____
Identificador **803712727** F. orden salida 18/09/2024 20:07 Solicito CARMEN LIZBETH SOTO REYES

Información del Servicio de Distribución

Cliente **FH_CISCO**
Referencia **803712727**
No. de orden **D24-048042**
F. de emisión orden de distribución 18/09/2024 20:56

Fecha compromiso de entrega
19/09/2024 de 6:30AM a 7:00AM

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 PRACSO SRL
Cliente Tercero _____
Dirección CALACOTO ENTRE CALLE 14 Y 15, AV INOFUENTES # 836 #836 TORRE MAJESTAD PISO 1 ,
CP _____
Ciudad LA PAZ,LA PAZ
Teléfono 5916712784 Cel. _____
Contacto Ana Laura Copa Mamani | |

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
2549170

Cliente	FH_CISCO
Solicitante	CARMEN LIZBETH SOTO REYES
Fecha y hora compromiso con el cliente	19/09/2024 07:00

No. de orden	D24-048042
Identificador	803712727
Fecha de emisión	18/09/2024 20:56

RECIBI DE FH LOGISTICA, EL SIGUIENTE PRODUCTO

Clave producto	Descripción	Peso	Tamaño	Cantidad	Serie	Lote
N9K-C93180YC-FX=	() Nexus 9300 with 48p	1.10	Al 25.00 L 16.00 An 17.00	.00	FLM273607H8	

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"/>						