



ORDEN DE SERVICIO  
ENVIO



|               |
|---------------|
| <b>Ticket</b> |
| 2554128       |
|               |

Información del Servicio Origen

Salida No. \_\_\_\_\_ Tipo de SDS\_IN\_HR Prioridad 0 Guia: \_\_\_\_\_  
 Identificador 803734332 F. orden salida 02/10/2024 08:02 Solicito VALIDACIONES CISCO

Información del Servicio de Distribución

Cliente FH\_CISCO  
 Referencia 803734332  
 No. de orden D24-050788  
 F. de emisión orden de distribución 02/10/2024 09:02

**Fecha compromiso de entrega**  
**03/10/2024 de 9:00AM a 6:00PM**

**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 ITACAMBA CEMENTO  
 Cliente Tercero \_\_\_\_\_  
 Dirección CALLE/ BERNARDO CADARIO 3060, EDIFICIO SOBODE 2DO ,  
 CP 0000  
 Ciudad SANTA CRUZ DE LA SIERRA,  
 Teléfono 59178162458 Cel. \_\_\_\_\_  
 Contacto Alfredo Gabriel Galarza Medina . | |

**Envío**

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

**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>2554128</b> |
|                |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Cliente                                | FH_CISCO                |
| Solicitante                            | VALIDACIONES CISCO      |
| Fecha y hora compromiso con el cliente | <b>03/10/2024 18:00</b> |

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| No. de orden     | <b>D24-050788</b> |
| Identificador    | 803734332         |
| Fecha de emisión | 02/10/2024 09:02  |

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

| Clave producto | Descripción | Peso | Tamaño                   | Cantidad | Serie          | Lote |
|----------------|-------------|------|--------------------------|----------|----------------|------|
| MR36-HW        |             | 1.00 | Al 7.00 L 16.00 An 30.00 | .00      | Q3KA-BWU6-LUPX |      |

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"/>   |                          |                          |                          |                          |  |  |