

Conociendo la Orden de Servicio de Blue Express

La orden de Servicio es el respaldo operacional para un envío particular, hace las veces de documento de transporte.

Blue express www.blue.cl Consultas al: 800 800 400		ORDEN DE SERVICIO (No negociable)	
1 ENVIADO POR (Remitente o Cargador)		Cite este número de envío en las consultas	ORIGEN
Nº de Cuenta	C. Costo/Agente	DESTINO	
Nombre del Remitente		8 NUMERO REFERENCIA INTERNO DE CLIENTE	
Nombre de la Compañía			
Dirección (calle/avenida - número)		4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)	
Comuna	Dpto. o Block	<input type="checkbox"/> P (Premium) <input type="checkbox"/> PR (Priority) <input type="checkbox"/> E (Express)	
Rut.	Teléfono	5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)	
		<input type="checkbox"/> S (Sobre) <input type="checkbox"/> P (Paquete) <input type="checkbox"/> SG (Supermercado/Grandes Tiendas)	
		6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)	
2 Para (Destinatario)		<input type="checkbox"/> MP (Mercancías Peligrosas)	
Nombre de la Compañía / Persona		<input type="checkbox"/> S (Seguro) <input type="text" value="Monto asegurado (\$ pesos)"/>	
Persona a contactar		<input type="checkbox"/> COD (Cobro contra entrega) <input type="text" value="Monto a cobrar (\$ pesos)"/>	
Dirección (calle - avenida)		<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="text" value="Doc. de Referencia COD 1"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia COD 2"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia COD 3"/>	
Número	Dpto. o Block	7 Tamaño y Peso	
Localidad	Comuna	Nº de Piezas / Bultos Peso Total (Kilos) Dimensiones en cm. (largo x ancho x alto) X X CMS	
Teléfono	Aeropuerto (Agencia)	RECOGIDO POR Nombre _____ Hora _____ Fecha _____	
3 Identificación y firma del Remitente		<input type="checkbox"/> DD (Devolución Documento)	
Firma	Fecha	<input type="text" value="Doc. de Referencia DD 1"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 2"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 3"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 4"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 5"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 6"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 7"/> <input type="text" value="Doc. de Referencia DD 8"/>	
Condiciones al reverso		Descripción completa de la carga / Observaciones <input type="text"/>	

CLIENTE

A continuación se entrega una apoyo para completar una Orden de Servicio. Ésta se divide en cuatro partes.

1 ENVIADO POR (Remitente o Cargador)

Nº de Cuenta	C. Costo/Agente
--------------	-----------------

Nombre del Remitente

Nombre de la Compañía

Dirección (calle/avenida - número)

Comuna	Dpto. o Block
--------	---------------

Rut.	Teléfono
------	----------

2 Para (Destinatario)

Nombre de la Compañía / Persona

Persona a contactar

Dirección (calle - avenida)

Número	Dpto. o Block
--------	---------------

Localidad	Comuna
-----------	--------

Teléfono	Aeropuerto (Agencia)
----------	----------------------

3 Identificación y firma del Remitente

Firma	Fecha
-------	-------

Condiciones al reverso

Cite este número de envío en las consultas	ORIGEN	DESTINO
		8 NUMERO REFERENCIA INTERNO DE CLIENTE

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)

P (Premium)
 PR (Priority)
 E (Express)

5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)

S (Sobre)
 P (Paquete)
 SG (Supermercado/Grandes Tiendas)

6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)

MP (Mercancías Peligrosas)

S (Seguro)

Monto asegurado (\$ pesos)

COD (Cobro contra entrega)

Monto a cobrar (\$ pesos)

Efectivo
 Cheque

Doc. de Referencia COD 1	Doc. de Referencia COD 2	Doc. de Referencia COD 3
--------------------------	--------------------------	--------------------------

DD (Devolución Documento)

Doc. de Referencia DD 1	Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4
Doc. de Referencia DD 5	Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8

Descripción completa de la carga / Observaciones

7 Tamaño y Peso

Nº de Piezas / Bultos

Peso Total (Kgs.)

KILOS

Dimensiones en cm. (largo x ancho x alto)

X X CMS

RECOGIDO POR

Nombre _____

Hora _____

Fecha _____

CLIENTE

Datos del Cliente y del Destinatario

1 ENVIADO POR (Remitente o Cargador)

Nº de Cuenta		C. Costo/Agente	
Nombre del Remitente			
Nombre de la Compañía			
Dirección (calle/avenida - número)			
Comuna		Dpto. o Block	
Rut.		Teléfono	

Si el cliente es Cuenta Correntista deja este campo vacío a menos que quiera referenciar algún centro de costo propio.

Número de Cuenta Corriente del cliente titular de Blue Express.

2 Para (Destinatario)

Nombre de la Compañía / Persona			
Persona a contactar			
Dirección (calle - avenida)			
Número		Dpto. o Block	
Localidad		Comuna	
Teléfono		Aeropuerto (Agencia)	

Sector referencial dentro de la comuna, ejemplo:
Localidad - Pedro de Valdivia Norte
Comuna - Providencia.

Este campo lo completan sólo los clientes de Oficinas Comerciales, donde el Destinatario sea Aeropuerto u otra Oficina Comercial.

3 Identificación y firma del Remitente

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

Fecha en que el cliente entrega la carga

1 ENVIADO POR (Remitente o Cargador)

Nº de Cuenta C. Costo/Agente

Nombre del Remitente

Nombre de la Compañía

Dirección (calle/avenida - número)

Comuna Dpto. o Block

Rut. Teléfono

2 Para (Destinatario)

Nombre de la Compañía / Persona

Persona a contactar

Dirección (calle - avenida)

Número Dpto. o Block

Localidad Comuna

Teléfono Aeropuerto (Agencia)

3 Identificación y firma del Remitente

Firma Fecha

Cite este número de envío en las consultas	ORIGEN	DESTINO
		8 NUMERO REFERENCIA INTERNO DE CLIENTE

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)

P (Premium) PR (Priority) E (Express)

5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)

S (Sobre) P (Paquete) SG (Supermercado/Grandes Tiendas)

6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)

MP (Mercancías Peligrosas)

S (Seguro)

COD (Cobro contra entrega)

Efectivo Cheque

DD (Devolución Documento)

Doc. de Referencia DD 1	Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4
Doc. de Referencia DD 5	Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8

Descripción completa de la carga / Observaciones

7 Tamaño y Peso

Nº de Piezas / Bultos

Peso Total (Kgs.)

KILOS

Dimensiones en cm. (largo x ancho x alto)

X X CMS

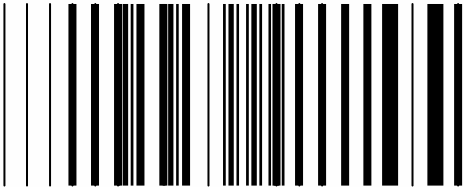
RECOGIDO POR

Nombre _____
Hora _____
Fecha _____

Origen/Destino e identificación de la carga

Este es el número de Orden de Servicio. Identifica una operación particular y es la clave para realizar el Tracking.

Datos de Origen/Destino de la carga con los códigos de la siguiente tabla.

Cite este número de envío en las consultas	ORIGEN	DESTINO
		
		<div style="border: 2px solid blue; padding: 2px;"> 8 NUMERO REFERENCIA INTERNO DE CLIENTE </div>

Este número pertenece a un documento de referencia interna del cliente y sirve para parrear la Orden de Servicio con dicho número interno.

CODIGO	ORIGEN/DESTINO
ANF	ANTOFAGASTA
ARI	ARICA
CJC	CALAMA
CPO	COPIAPO
IQQ	IQUIQUE
LSC	LA SERENA
CCP	CONCEPCION
GXQ	COYHAIQUE
PMC	PUERTO MONTT
PUQ	PUNTA ARENAS
ZAL	VALDIVIA
ZCO	TEMUCO
ZOS	OSORNO
LSQ	LOS ANGELES
YAI	CHILLAN
KNA	VINA DEL MAR
RCG	RANCAGUA
ZCA	TALCA
ZLC	LA CALERA
SCL	SANTIAGO
CCO	CURICO

1 ENVIADO POR (Remitente o Cargador)

Nº de Cuenta		C. Costo/Agente	
Nombre del Remitente			
Nombre de la Compañía			
Dirección (calle/avenida - número)			
Comuna		Dpto. o Block	
Rut.		Teléfono	

2 Para (Destinatario)

Nombre de la Compañía / Persona	
Persona a contactar	
Dirección (calle - avenida)	
Número	Dpto. o Block
Localidad	Comuna
Teléfono	Aeropuerto (Agencia)

3 Identificación y firma del Remitente

Firma	Fecha
-------	-------

Condiciones al reverso

Cite este número de envío en las consultas	ORIGEN	DESTINO
		8 NUMERO REFERENCIA INTERNO DE CLIENTE

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)

P (Premium) PR (Priority) E (Express)

5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)

S (Sobre) P (Paquete) SG (Supermercado/Grandes Tiendas)

6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)

MP (Mercancías Peligrosas)

S (Seguro)

Monto asegurado (\$ pesos)

COD (Cobro contra entrega)

Monto a cobrar (\$ pesos)

Efectivo Cheque

Doc. de Referencia COD 1

Doc. de Referencia COD 2

Doc. de Referencia COD 3

DD (Devolución Documento)

Doc. de Referencia DD 1

Doc. de Referencia DD 2

Doc. de Referencia DD 3

Doc. de Referencia DD 4

Doc. de Referencia DD 5

Doc. de Referencia DD 6

Doc. de Referencia DD 7

Doc. de Referencia DD 8

Descripción completa de la carga / Observaciones

7 Tamaño y Peso

Nº de Piezas / Bultos		
Peso Total (Kgs.)		
KILOS		
Dimensiones en cm. (largo x ancho x alto)		
X	X	CMS
RECOGIDO POR		
Nombre _____		
Hora _____		
Fecha _____		

CLIENTE

Sector que representa los Servicios que el cliente está contratando

El ítem **Tipo de Servicio** y **Tipo de Producto** reflejan el servicio base que el cliente ha contratado.

El ítem **Servicios Complementarios** reflejan servicios adicionales que ofrece Blue Express y que son contratados opcionalmente por el cliente.

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)			
<input type="checkbox"/> P (Premium)	<input type="checkbox"/> PR (Priority)	<input type="checkbox"/> E (Express)	
5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)			
<input type="checkbox"/> S (Sobre)	<input type="checkbox"/> P (Paquete)	<input type="checkbox"/> SG (Supermercado/Grandes Tiendas)	
6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)			
<input type="checkbox"/> MP (Mercancías Peligrosas)			
<input type="checkbox"/> S (Seguro)	Monto asegurado (\$ pesos)		
<input type="checkbox"/> COD (Cobro contra entrega)	Monto a cobrar (\$ pesos)		
<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Cheque	Doc. de Referencia COD 1	Doc. de Referencia COD 2
		Doc. de Referencia COD 3	
<input type="checkbox"/> DD (Devolución Documento)			
Doc. de Referencia DD 1	Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4
Doc. de Referencia DD 5	Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8
Descripción completa de la carga / Observaciones			

AMF A. MOLINA FLORES S.A.

CLIENTE

A continuación se detalla la forma adecuada de completar el ítem relacionado con los **Servicios Complementarios**:

Mercancías Peligrosas

Si el envío es considerado como carga peligrosa, marcar casillero MP (Mercancías Peligrosas) del ítem Servicios Complementarios.

A su vez se debe declarar el detalle de la carga enviada en el campo: **Descripción completa de la carga.**

4	Tipos de Servicio (marcar sólo uno)								
<input type="checkbox"/>	P (Premium)	<input type="checkbox"/>	PR (Priority)	<input type="checkbox"/>	E (Express)				
5	Tipo de Producto (marcar sólo uno)								
<input type="checkbox"/>	S (Sobre)	<input type="checkbox"/>	P (Paquete)	<input type="checkbox"/>	SG (Supermercado/Grandes Tiendas)				
6	Servicios Complementarios (marcar uno o más)								
<input checked="" type="checkbox"/>	MP (Mercancías Peligrosas)								
<input type="checkbox"/>	S (Seguro)	Monto asegurado (\$ pesos)							
<input type="checkbox"/>	COD (Cobro contra entrega)	Monto a cobrar (\$ pesos)							
<input type="checkbox"/>	Efectivo	<input type="checkbox"/>	Cheque	Doc. de Referencia COD 1		Doc. de Referencia COD 2	Doc. de Referencia COD 3		
<input type="checkbox"/>	DD (Devolución Documento)	Doc. de Referencia DD 1					Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4
		Doc. de Referencia DD 5					Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8
Descripción completa de la carga / Observaciones									
<u>DETALLE DE LA CARGA ENVIADA COMO MERCANCÍA PELIGROSA</u>									

AMF A. MOLINA FLORES S.A.

CLIENTE

Si desea saber más sobre mercancías peligrosas ingrese a: www.blux.cl/clientes-mercancias-peligrosas.asp

Seguro

Al contratar los servicios de Blue Express cada uno de los bultos de su carga esta asegurado hasta un valor máximo de 17 UF. En el caso de que desee un seguro mayor a este, marcar el casillero S (seguro) del ítem Servicios Complementarios y además indicar el monto asegurado.

El monto asegurado se limita al valor real del envío, no al valor comercial esperado del mismo, ni de ningún otro tipo.

4	Tipos de Servicio (marcar sólo uno)								
<input type="checkbox"/>	P (Premium)	<input type="checkbox"/>	PR (Priority)	<input type="checkbox"/>	E (Express)				
5	Tipo de Producto (marcar sólo uno)								
<input type="checkbox"/>	S (Sobre)	<input type="checkbox"/>	P (Paquete)	<input type="checkbox"/>	SG (Supermercado/Grandes Tiendas)				
6	Servicios Complementarios (marcar uno o más)								
<input type="checkbox"/>	MP (Mercancías Peligrosas)								
<input checked="" type="checkbox"/>	S (Seguro)	Monto asegurado (\$ pesos)							
		999999							
<input type="checkbox"/>	COD (Cobro contra entrega)	Monto a cobrar (\$ pesos)							
<input type="checkbox"/>	Efectivo	<input type="checkbox"/>	Cheque						
		Doc. de Referencia COD 1			Doc. de Referencia COD 2		Doc. de Referencia COD 3		
<input type="checkbox"/>	DD (Devolución Documento)								
		Doc. de Referencia DD 1		Doc. de Referencia DD 2		Doc. de Referencia DD 3		Doc. de Referencia DD 4	
		Doc. de Referencia DD 5		Doc. de Referencia DD 6		Doc. de Referencia DD 7		Doc. de Referencia DD 8	
Descripción completa de la carga / Observaciones									

AMF A. MOLINA FLORES S.A.

CLIENTE

Cobro contra Entrega

Cuando usted contrata el servicio COD, tiene dos opciones de cobro, Efectivo o Cheque (cobro documentado).

Caso 1: COD + Efectivo

Si su cliente le pagará en efectivo, marcar con una X las opciones: **COD** y **Efectivo**, y completar el **Monto a Cobrar**.

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)			
<input type="checkbox"/> P (Premium)	<input type="checkbox"/> PR (Priority)	<input type="checkbox"/> E (Express)	
5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)			
<input type="checkbox"/> S (Sobre)	<input type="checkbox"/> P (Paquete)	<input type="checkbox"/> SG (Supermercado/Grandes Tiendas)	
6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)			
<input type="checkbox"/> MP (Mercancías Peligrosas)	Monto asegurado (\$ pesos)		
<input type="checkbox"/> S (Seguro)	Monto a cobrar (\$ pesos)		
<input checked="" type="checkbox"/> COD (Cobro contra entrega)	150000		
<input checked="" type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Cheque	Doc. de Referencia COD 1	Doc. de Referencia COD 2
		Doc. de Referencia COD 3	
<input type="checkbox"/> DD (Devolución Documento)	Doc. de Referencia DD 1		
	Doc. de Referencia DD 2		Doc. de Referencia DD 3
	Doc. de Referencia DD 4		Doc. de Referencia DD 5
	Doc. de Referencia DD 6		Doc. de Referencia DD 7
	Doc. de Referencia DD 8		Doc. de Referencia DD 9
Descripción completa de la carga / Observaciones			

AMF A. MOLINA FLORES S.A.

CLIENTE

Es válido mencionar que el COD en efectivo tiene un limite de \$150.000 pesos por evento.

Caso 2: COD + Cheque

En el caso contrario en que el pago se realice mediante Cheque, marcar con una X las opciones: **COD** y **Cheque** y completar el **Monto a Cobrar**.

Si conoce el número de referencia del Cheque (n° de Cheque) indicarlo en el o los campos de **Doc. de referencia COD**.

4	Tipos de Servicio (marcar sólo uno)							
<input type="checkbox"/>	P (Premium)	<input type="checkbox"/>	PR (Priority)	<input type="checkbox"/>	E (Express)			
5	Tipo de Producto (marcar sólo uno)							
<input type="checkbox"/>	S (Sobre)	<input type="checkbox"/>	P (Paquete)	<input type="checkbox"/>	SG (Supermercado/Grandes Tiendas)			
6	Servicios Complementarios (marcar uno o más)							
<input type="checkbox"/>	MP (Mercancías Peligrosas)							
<input type="checkbox"/>	S (Seguro)				Monto asegurado (\$ pesos)			
<input checked="" type="checkbox"/>	COD (Cobro contra entrega)				Monto a cobrar (\$ pesos)			
<input type="checkbox"/>	Efectivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Cheque					
		Doc. de Referencia COD 1	Doc. de Referencia COD 2	Doc. de Referencia COD 3				
		111111	333333	555555				
<input type="checkbox"/>	DD (Devolución Documento)							
	Doc. de Referencia DD 1	Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4				
	Doc. de Referencia DD 5	Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8				
Descripción completa de la carga / Observaciones								

AMF A. MOLINA FLORES S.A.

CLIENTE

Si desea saber más sobre el servicio COD ingrese a: www.blux.cl/servicios-distribucion-nacional.asp

Devolución de Documentos

Cuando usted contrata el servicio DD, Debe marcar con una X la opción DD y además debe indicar **TODOS** los documentos por los que se pide servicio DD.

Es decir, si usted desea la devolución de 3 documentos asociadas a un envío, debe indicar el número de cada uno de los documentos en los campos **Doc. De Referencia**.

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)			
<input type="checkbox"/> P (Premium)	<input type="checkbox"/> PR (Priority)	<input type="checkbox"/> E (Express)	
5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)			
<input type="checkbox"/> S (Sobre)	<input type="checkbox"/> P (Paquete)	<input type="checkbox"/> SG (Supermercado/Grandes Tiendas)	
6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)			
<input type="checkbox"/> MP (Mercancías Peligrosas)			
<input type="checkbox"/> S (Seguro)	Monto asegurado (\$ pesos)		
<input type="checkbox"/> COD (Cobro contra entrega)	Monto a cobrar (\$ pesos)		
<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Cheque	Doc. de Referencia COD 1	Doc. de Referencia COD 2
			Doc. de Referencia COD 3
<input checked="" type="checkbox"/> DD (Devolución Documento)			
Doc. de Referencia DD 1	Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4
123456789	246810121	369121518	
Doc. de Referencia DD 5	Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8
Descripción completa de la carga / Observaciones			

AMF A. MOLINA FLORES S.A.

CLIENTE

Si desea saber más sobre el servicio DD ingrese a: www.blux.cl/servicios-distribucion-nacional.asp

1 ENVIADO POR (Remitente o Cargador)

Nº de Cuenta C. Costo/Agente

Nombre del Remitente

Nombre de la Compañía

Dirección (calle/avenida - número)

Comuna Dpto. o Block

Rut. Teléfono

2 Para (Destinatario)

Nombre de la Compañía / Persona

Persona a contactar

Dirección (calle - avenida)

Número Dpto. o Block

Localidad Comuna

Teléfono Aeropuerto (Agencia)

3 Identificación y firma del Remitente

Firma Fecha

Condiciones al reverso

Cite este número de envío en las consultas	ORIGEN	DESTINO
		8 NUMERO REFERENCIA INTERNO DE CLIENTE

4 Tipos de Servicio (marcar sólo uno)

P (Premium) PR (Priority) E (Express)

5 Tipo de Producto (marcar sólo uno)

S (Sobre) P (Paquete) SG (Supermercado/Grandes Tiendas)

6 Servicios Complementarios (marcar uno o más)

MP (Mercancías Peligrosas)

S (Seguro) Monto asegurado (\$ pesos)

COD (Cobro contra entrega) Monto a cobrar (\$ pesos)

Efectivo Cheque

Doc. de Referencia COD 1	Doc. de Referencia COD 2	Doc. de Referencia COD 3
--------------------------	--------------------------	--------------------------

DD (Devolución Documento)

Doc. de Referencia DD 1	Doc. de Referencia DD 2	Doc. de Referencia DD 3	Doc. de Referencia DD 4
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Doc. de Referencia DD 5	Doc. de Referencia DD 6	Doc. de Referencia DD 7	Doc. de Referencia DD 8
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Descripción completa de la carga / Observaciones

7 Tamaño y Peso

Nº de Piezas / Bultos

Peso Total (Kgs.)

KILOS

Dimensiones en cm. (largo x ancho x alto)

X X CMS

RECOGIDO POR

Nombre _____

Hora _____

Fecha _____

CLIENTE

Dimensiones de la carga

Especificar el Peso en **KILOS**
Dimensiones en **CENTIMETROS**

Cantidad de decimales: 1

7		Tamaño y Peso	
Nº de Piezas / Bultos			
Peso Total (Kgs.)			KILOS
Dimensiones en cm. (largo x ancho x alto)			
X	X	X	CMS
RECOGIDO POR			
Nombre	_____		
Hora	_____		
Fecha	_____		

Datos de la Carga que será transportada.

Estos campos son obligatorios y el Cliente los completa.

Datos del Courier, representante de Blue Express. Opcional.