

Fecha

## ORDEN DE SERVICIO

Cliente:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
Direccion:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>
Rut:	<input type="text"/>	Giro:	<input type="text"/>
Presupuesto N°:	<input type="text"/>	Sucursal:	<input type="text"/>
Equipo:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Mantencion	<input type="checkbox"/> Prestacion de Servicios	<input type="checkbox"/> Reparacion	<input type="checkbox"/> Instalacion <input type="checkbox"/> Otro

Descripcion de Problema (cliente):

Descripcion de falla (Ingeniero):

Repuestos

Pendiente