



CHECKLIST DE INSPECCION VEHICULAR "SEGURIDAD PRIMERO"

FECHA DEL: AL:

Check semanal
Responsable: Supervisor / Chofer

NIVELES / MECANICO	Identifica ...	Describe la falla
	Aceite Dirección	
	Anticongelante	
	Liquido Frenos (SEGURIDAD)	
	Liquido Clutch	
	Liquido Limpiaparabrisas	
	Ruidos de motor	
	Suspensión (SEGURIDAD)	
	Transmisión	
	Marchas / Motor de arranque	
	Diferencial	
	Clutch	
	Chasis	
	Presión de llantas (manómetro) (SEGURIDAD)	
	Otros	
Otros		
Día de Inspección	/	

BATERIAS	Identifica ...	Describe la falla
	Inspeccion visual (Monturas)	
	Tapa derramando acido	
	Batería sulfatada	
	Bornes / Postes oxidados	
	Cables de terminales rotos (SEGURIDAD)	
Día de Inspección	/	

Al firmar este documento certificamos que se han realizado las revisiones indicadas en este formato y que el vehículo se encuentra en las condiciones descritas en el mismo, cualquier falla o daño no reportado será responsabilidad del operador del vehículo y/o del supervisor

FIRMA CHOFRER

FIRMA ENCARGADO