



F- ALISTAMIENTO PRE-OPERACIONAL

Version: 02

Edicion:

Hoja 1 de 1

PLACA DEL VEHICULO: QIZ569

FECHA: 2026-03-02

REVISO EL CONDUCTOR: ARIAS GIL, MANUEL GUSTAVO

HORA: 06:39:50


METODO DE CALIFICACION
B: Bueno / R: Regular / M: Malo / NA: No Aplica
EN: En Nivel / AN: Abajo del Nivel
NP: No presenta fugas / PF: Presenta Fugas /NT: No tiene
F: Funcionando / NF: Alguno no funciona
PF: Posee y funciona / PNF: Posee no funciona
TF: Todas funcionando / BC: Bombillo cambio
C: Cumple / NC: No cumple /
AD: Documentos al dia / AV: Tengo Vencido Algun Documento / EV: Elementos vencidos /
REL: Regular estado de llantas / REP: Regular estado de presion de aire / OF: Otra falla reportada en observaciones

Por favor indique en la casilla correspondiente las iniciales de la calificacion de la condicion. Recuerde que todos los problemas encontrados deben ser anotados en la parte indicando la accion adoptada

INSPECCION DIARIA

CARACTERISTICA A EVALUAR

| | CARACTERISTICA A EVALUAR | |
|----------------------------------|--|----|
| REVISION GENERAL | A DORMIDO MENOS DE 6 HR. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS ? | no |
| | TIENE ALGUNA CONDICIÓN FÍSICA Y/O PSICOLÓGICA QUE LE IMPIDA CONDUCIR Y/O OPERAR HOY? | no |
| | A INGERIDO ALGÚN TIPO DE FÁRMACO QUE PUEDA PROVOCAR DISMINUCIÓN DE LOS REFLEJOS Y/O SUEÑO? | no |
| | DURANTE SU DESCANSO INGERIÓ BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y NO HAN PASADO MÁS DE 24 HORAS? | no |
| | TIENE ALGÚN MALESTAR O ENFERMEDAD QUE LE DIFICULTE CONDUCIR? | no |
| | TIENE DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE O PONER ATENCIÓN A LAS TAREAS? | no |
| | A CONDUCIDO MÁS DE 8 HORAS SEGUIDAS EN LAS ÚLTIMAS 12 HORAS? | no |
| | DURANTE SU JORNADA LABORAL DEL DÍA DE AYER CUÁNTAS HORAS ESTUVO CONDUCIENDO. | 00 |
| | NIVEL DE REFRIGERANTE | B |
| | NIVEL ACEITE DE MOTOR/GOTEOS/FUGAS | B |
| | NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO DE LA DIRECCION | EN |
| | GOTEOS/FUGAS DE ALGUN FLUIDO EN EL MOTOR | NP |
| | NIVEL DE LIQUIDO DE FRENOS | EN |
| | NIVEL DE LIQUIDO DE PARABRISAS | EN |
| | NIVEL DE LA BATERIA AJUSTE DE BORNES Y NIVEL DE LIQUIDOS | B |
| | ESTADO FILTRO DE AIRE | B |
| | VERIFICACION TENSION DE PEDAL DE FRENOS Y FRENO DE MANO | B |
| | DISPOSITIVO DE CONTROL DE VELOCIDAD Y CALCOMANIA | B |
| | VERIFICACION DE TESTIGOS | F |
| | VERIFICACION CONTROL DE VELOCIDAD | PF |
| | ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DE SILLAS, CINTURONES DE SEGURIDAD Y ESPEJOS | TF |
| | ESTADO PITO DE REVERSA | TF |
| | ESTADO DE LLANTAS Y REPUESTO | EN |
| | ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DE LUCES | TF |
| | ESTADO EXTINTOR(RECARGA VIGENTE) | B |
| | ESTADO DE BOTIQUIN | C |
| | ESTADO KIT DE CARRETERAS Y HERRAMIENTAS | NC |
| | ESTADO KIT BASICO PARA EL CONTROL DE DERRAMES | NC |
| | ESTADO LATONERIA Y PINTURA DEL VEHICULO | B |
| | DOCUMENTACION VIGENTE DEL VEHICULO Y EL CONDUCTOR, INCLUYE FUEC | AD |
| | ALGUN DOCUMENTO VENCIDO,FECHA Y MOTIVO | No |
| | SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD PARA CONDUCIR | si |
| | SU RESPUESTA FUE NO, MOTIVO: | No |
| HORAS DE SUEÑO LA NOCHE ANTERIOR | 7 | |
| PROYECTO ASIGNADO | EBSA | |

| | |
|---|---|
| RUTA EJECUTADA EL DIA ANTERIOR CON CONTRATOS DE NUEVA ERA (ORIGEN - DESTINO) | Ninguna |
| ¿REGISTRO ALGUN PUNTO CRITICO EN LA VIA? ¿CUAL Y EN DONDE? (Ej.: MANIFESTACIONES, HUECOS, DESVIOS, CONSTRUCCIONES EN LA VIA) | No |
| FIRMA CONDUCTOR |  |
| OBSERVACIONES | No |