INSPECCION PRE OPERACIONAL MOTOCICLETA

Nombre Conductor:	**Placa:**	**Proceso:**	**Desde** DD/MM/AAAA	**Hasta** DD/MM/AAAA	
Marca:	**Gasolina:**	**Modelo:**	**Motor:**		
Tipo Vehiculo:	**Moto:**	**Linea:**			

REVISIÓN DE DOCUMENTOS	No.	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
Licencia de Conducción (Categoria A2)			
Porte Tarjeta Propiedad			
Seguro Obligatorio SOAT			
Certificado Emisión Gases Tóxicos			
Poliza Seguro del vehículo			

De acuerdo a la revisión realizada, en cada aspecto califique con una X en B: si el estado del vehiculo es Bueno o en M: si el estado del vehiculo es malo, en observaciones registrar la corrección realizada

ASPECTOS A REVISAR	FECHA																																																	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de llantas y presion de aire																																																		
Encendido electrico y de Cran																																																		
Luces y Pito																																																		
Espejos retrovisores																																																		
Manijas de freno y closh																																																		
Sistema de frenos																																																		
Estado de freno de disco																																																		
Nivel de líquido de freno																																																		
Revisiòn sistema tablero																																																		
Fugas de combustible y/o aceites																																																		
Kit de arrastre																																																		
Estado de suspensión																																																		
Nivel de aceites																																																		
Estado de defensas																																																		
Estado de maletero																																																		
Coderas																																																		
Rodilleras																																																		
Botas																																																		
Casco																																																		
Visor de casco																																																		
Gafas																																																		
Otros:____________________																																																		
FIRMA CONDUCTOR:																																																		
Señor Conductor: ¿El vehiculo se encuentra en optimas condiciones para su operación?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

	KILOMETRAJE																								
Inicial																									
Final																									

Observaciones

Nota: Inspeccione todos los elementos que apliquen. Detenga todos los funcionamientos cuando observe alguna condición insegura y pueda causar algún peligro. Además notifique a su Jefe Inmediato si surge esta situación. Otras condiciones deben ser anotadas en la sección de observaciones.