

Aseguradora	Sucursal
Intermediario	Clave
Cliente	Identificación
Dirección	Telefono
Vigencia RTM	Vigencia SOAT

N° INSPECCION	TURNO	
FECHA		
CENTRO INSPECCION		
SOLICITADO POR		
SERVICIO SOLICITADO		
RESULTADO		

OBSERVACIONES:



**REVISIÓN PUNTO A PUNTO**

**CONVENCIONES DE CALIFICACION**



**0% - 49%**  
NO Cumple Requisitos

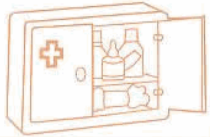


**50% - 100%**  
Cumple Requisitos

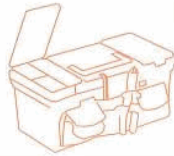
**CONTENIDO BOTIQUIN**

90,00 %

ALGODON SI  
ANTISEPTICOS SI  
BISTURI NO  
CURITAS SI  
GASA ESTERIL SI  
JABON NO  
VENDA ELASTICA SI



**HERRAMIENTA BÁSICA**



**LUCES**



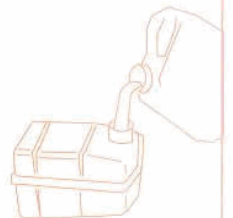
**EQUIPO DE CARRETERA**



**FUGAS DE FLUIDOS**



**NIVELES DE FLUIDOS**



**DIAGNOSTICO ELECTRÓNICO**

71% - 100%

50% - 70%

0% - 49%

-5 <-> +5

(-)9(-)6 <-> (+)6(+9)

<-10 ó >+10

> 60%

40% - 59%

< 39%

**EFICACIA DE FRENADO**

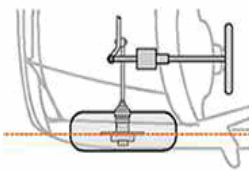
RUEDAS DELANTERAS

RUEDAS TRASERAS

FRENO DE MANO



**ALINEACIÓN**



**EFICACIA DE SUSPENSIÓN**



> 60%

59% - 21%

< 20%

**VIDA ÚTIL DE LAS LLANTAS**



N° de servicio **P04066-00001**

Contenido del servicio

**pag 1**  
Certificado de plan viajero

pag 2  
Clausula de limitación de responsabilidades plan viajero

EL DOCUMENTO NO TENDRA VALOR SI FALTA ALGUNA DE SUS PAGINAS, YA QUE ESTE ES INTEGRAL

