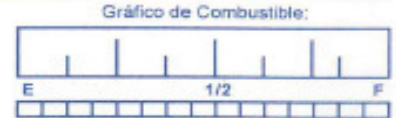


1.- DATOS DEL PERSONAL DE RELEVO:

Fecha: _____ Lugar de Relevo: _____ Placa del Vehículo: _____ Nº de Móvil: _____

Conductor: _____ Hora de Relevo: _____ Turno: _____

Odómetro Inicial Odómetro Final Total Odó. Km
 Abast. Comb. Factura Nº Odó. Estación de Servicio
 Galones



2.- REGISTRO DE INSPECCIÓN ANTES DE LA OPERACIÓN

Luces <input type="checkbox"/>	Asientos <input type="checkbox"/>	Cinturones <input type="checkbox"/>	Agua <input type="checkbox"/>	Niveles de aceite <input type="checkbox"/>	Claxon <input type="checkbox"/>
Alarma retroceso <input type="checkbox"/>	Relojes indicadores <input type="checkbox"/>	Espejos <input type="checkbox"/>	Frenos <input type="checkbox"/>	Dirección <input type="checkbox"/>	Llantas <input type="checkbox"/>
Fugas de aceite <input type="checkbox"/>	Fugas combustible <input type="checkbox"/>	Fugas de aire <input type="checkbox"/>	Extintores <input type="checkbox"/>	Suspensión <input type="checkbox"/>	Orden y Limpieza <input type="checkbox"/>
Linterna <input type="checkbox"/>	Filtro de aire <input type="checkbox"/>	Luces delanteras <input type="checkbox"/>	Batería <input type="checkbox"/>	Circulina <input type="checkbox"/>	Cañerías <input type="checkbox"/>
Bolíquin <input type="checkbox"/>	Extintor <input type="checkbox"/>	Carrocería <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	Formatos <input type="checkbox"/>	Herramientas <input type="checkbox"/>

Observaciones del registro de inspección:

3.- REGISTRO DE ACTIVIDADES:

HORA DE SERVICIO		RECORRIDO KM		LUGAR		MOTIVO
Inicio	Final	Inicio	Final	De	A	

CONDUCTOR SALIENTE
 Nombre y Apellido:

CONDUCTOR ENTRANTE:
 Nombre y Apellido:

VºBº COORDINADOR