



LISTA DE VERIFICACIÓN PRE-OPERACIONAL DE OPERADORES , VEHICULOS Y EQUIPOS MOVILES

EMPRESA:

TIPO DE VEHICULO / EQUIPO:

PLACA / PATENTE:

FECHA:...../...../..... TURNO:

Nombre del Conductor:

REGISTRO:

AUTO-EVALUACION DEL OPERADOR

Nº	ESTADO FÍSICO DEL OPERADOR	SI	NO
1.-	He descansado lo suficiente y me encuentro en condiciones apropiadas para operar el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.-	Me siento en buenas condiciones físicas y no tengo ninguna dolencia o enfermedad que me impida operar el equipo en forma segura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.-	No he tomado medicamentos o si los estoy tomando han sido recetados por un médico quien me ha asegurado que no son impedimento para operar un equipo de forma segura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.-	Me encuentro emocional y personalmente en buenas condiciones para poder concentrarme en la operación segura de este equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.-	Estoy conciente de la responsabilidad que significa operar este equipo, sin poner en riesgo mi integridad, la de mis compañeros ni el patrimonio de la empresa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si algunas de las respuestas anteriores fue "NO", contacte de inmediato a su supervisor para analizar la situación y tomar una buena decisión, antes de operar el equipo.

ELEMENTOS CRÍTICOS QUE IMPIDEN EL FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN DEL VEHÍCULO

Nº	ELEMENTOS CRÍTICOS	Bien	Mal	N/A	OBSERVACIÓN
1.-	Frenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.-	Neumáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.-	Fijación tuercas de las llantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.-	Dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.-	Luces anteriores y direccionales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.-	Luces posteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.-	Bocina y alarma de retroceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.-	Espejo retrovisor (interior y exterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.-	Circulina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.-	Pértiga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.-	Cinturones de seguridad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.-	Tacos o cuñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.-	Conos de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INSPECCION DE NIVELES DE FLUIDOS

Nº	INSPECCION DE NIVELES	Bien	Mal	N/A	OBSERVACIÓN
1.-	Aceite de motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.-	Líquido de freno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.-	Líquido de dirección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.-	Líquido de embrague	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.-	Agua de limpia-parabrisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.-	Agua de radiador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ELEMENTOS NO CRÍTICOS NO IMPIDE EL FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN DEL VEHÍCULO

Nº	ELEMENTOS NO CRÍTICOS	Bien	Mal	N/A	OBSERVACIÓN
1.-	Estado general de la carrocería.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.-	Orden y aseo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.-	Estado de lunas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.-	Limpieza de lunas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.-	Estado de la llanta de repuesto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.-	Estado de la gata hidráulica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.-	Estado de la llave de rueda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.-	Elementos de emergencia (botiquín, triángulo, extintor).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.-	Radio de comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PLANES DE ACCION REFERIDA A LAS OBSERVACIONES

Nº	ACCIÓN CORRECTIVA	OT	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE CORRECCIÓN