



**CUERPO DE BOMBEROS  
VOLUNTARIOS DE NUNCHÍA  
REVISION MECANICA DE VEHICULO  
AMBULANCIA**

Código:  
Versión:  
Fecha de aprobación:  
Página: 1 de 4

Semana del _____ hasta el _____ del mes de _____ del _____								
AMB #:	TAB _____ TAM _____ Kilometraje:							
Placa:	Matricula: Soat:							
Kilometraje:	Licencia de conducción:							
<b>DÍA</b>	<b>COMPañIA</b> <b>RESPONSABLE</b>							
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								
<b>REVISION MECANICA (ANTES DE INICIAR EL MOTOR)</b>								
<b>B: BUENO R:REGULAR M: MALO F: FULL</b>								
<b>Nº</b>	<b>DETALLE</b> <b>L</b> <b>M</b> <b>M</b> <b>J</b> <b>V</b> <b>S</b> <b>D</b>							
1	Aceite de motor							
2	Aceite caja Autom__ Meca__							
3	Aceite dirección hidráulica							
4	Nivel de agua de batería							
5	Nivel agua de radiador							
6	Nivel líquido de frenos							
7	Nivel de gasolina (1/2, 1/4, 3/4, full)							
8	Nivel liquido de parabrisas							
9	Fuga de Agua__ Aire__ Aceite__							
10	Cables y mangueras							
11	Luces de emergencias							
12	Luces externas (altas, stop, direccionales, estacionarias y de plataforma)							
13	Luces internas							
14	Presión inflado de llantas							
15	Tensión correas de ventilador							
16	Aire acondicionado							
17	Revisión general y extintores							
18	Llanta de repuesto							
19	Retrovisores							
20								
21								
OBSERVACIONES (Describe el día, compañía A o B y las anomalías encontradas):								





