

DATOS GENERALES

DEPENDENCIA:	C de A:	MES:
--------------	---------	------

NOMBRE DEL MOTOCICLISTA:	REGISTRO:
--------------------------	-----------

PLACA:	MARCA:	CILINDRAJE:	FECHA SOAT:
--------	--------	-------------	-------------

REVISION TECNICO MECANICA VIGENTE:	SI:	NO:	SOAT VIGENTE:	SI:	NO:
------------------------------------	-----	-----	---------------	-----	-----

NOMBRE DEL COORDINADOR DE TRANSPORTE O JEFE INMEDIATO:

INSTRUCCIÓN: Marque según: **B:** Bueno **M:** Malo **F:** Faltante **NA:** No aplica

Periodo del ____ al ____

ESTADO DEL VEHÍCULO

[illegible]