



Fecha: _____ Camión#: _____ Operador: _____

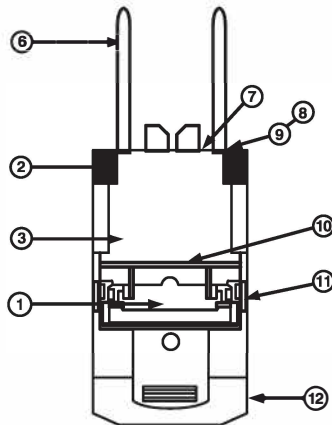
Hora de Comienzo: _____ Hora de Terminar: _____ Gasolina: _____

LISTA DIARIA DE CARRETILLA ANGOSTA ELEVADORA

Indique con **X** donde se vea problema y **✓** para indicar que no hay problemas visibles

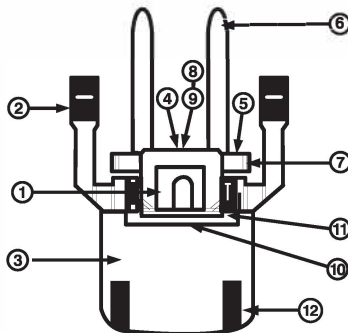
| Inspección Visual | COMENTARIOS |
|--|-------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Batería _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tapas de Ventilador _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cubiertas de Conectores _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cables _____ | |
| 2. <input type="checkbox"/> Rueda de Carga _____ | |
| 3. <input type="checkbox"/> Guarda Superior _____ | |
| 4. <input type="checkbox"/> Cilindro de Inclinación _____ | |
| 5. <input type="checkbox"/> Carruaje _____ | |
| 6. <input type="checkbox"/> Tenedores _____ | |
| 7. <input type="checkbox"/> Torre _____ | |
| 8. <input type="checkbox"/> Cilindro de Levantamiento _____ | |
| <input type="checkbox"/> (Inclinación y Alcance si Aplicables) _____ | |
| 9. <input type="checkbox"/> Cadenas de Levantamiento _____ | |
| 10. <input type="checkbox"/> Placa _____ | |
| 11. <input type="checkbox"/> Chapa Retenedora de Batería _____ | |
| 12. <input type="checkbox"/> Lianta de Impulso/Manejo _____ | |

Recogedor de Pedidos Caminar Alrededor



| Inspección Operativa | COMENTARIOS |
|--|-------------|
| A. <input type="checkbox"/> Esté Atento a Ruido Anormal _____ | |
| B. <input type="checkbox"/> Freno de Estacionamiento _____ | |
| C. <input type="checkbox"/> Control de Levantamiento _____ | |
| D. <input type="checkbox"/> Control de Inclinación _____ | |
| E. <input type="checkbox"/> Manejar hacia Adelante _____ | |
| <input type="checkbox"/> Volante _____ | |
| <input type="checkbox"/> Frenos _____ | |
| F. <input type="checkbox"/> Manejar en Reversa _____ | |
| <input type="checkbox"/> Volante _____ | |
| <input type="checkbox"/> Frenos _____ | |
| <input type="checkbox"/> Alarma de Reversa (Opcional) _____ | |
| G. <input type="checkbox"/> Luces _____ | |
| H. <input type="checkbox"/> Claxon _____ | |
| I. <input type="checkbox"/> Calibradores _____ | |
| J. <input type="checkbox"/> Manchas de Aceite en el Piso _____ | |

Carretilla de Alcance Caminar Alrededor



Todo comentario hecho en referencia a cualesquier problemas se debería hacer en detalle, al reverso de esta hoja y entregado al supervisor inmediatamente.

FIRMA: _____

PRECAUCIÓN: Ésta no es una lista completa de todos los elementos que necesitan atención. Los operadores son responsables de asegurarse de que la carretilla esté en una condición laboral apropiada de acuerdo con las especificaciones del fabricante.
NO use la carretilla si se observa algún problema. Repórtele todo problema a su Supervisor inmediatamente.

PARA COMPLETAR POR OPERADOR DESIGNADO Y MANDADO A SUPERVISOR ANTES DEL TURNO.