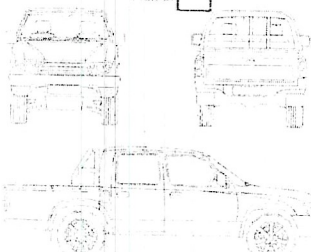
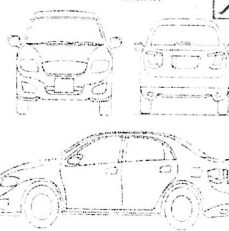
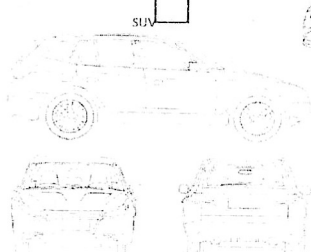



FORMATO DE RECEPCION



FECHA DE EMISION 01-09-23		FECHA DE ENTREGA		CONTROL
CLIENTE Oriana Leal		CI/RIF 26.483.270	CIUDAD CARACAS	TELÉFONO 0424 13110740

MODELO Alsuin	AÑO	COLOR Azul	SERIAL DE CARROCERÍA 2S5A2A5EPDQ14059	PLACA AC135CR
PICK UP <input type="checkbox"/> 		SEDAN <input checked="" type="checkbox"/> 		SOLICITUD DE REQUISITOS CANTIDAD DESCRIPCION
SUV <input type="checkbox"/> 				

DATOS DE CHEQUEO GENERALES

KILOMETRAJE DE ENTRADA 3500 Km	NIVEL DE COMBUSTIBLE <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 3/4 <input checked="" type="radio"/> FULL		ENCENDEDOR <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FACTURAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	CAUCHO DE REPUESTO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CORNETA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO DE AIRE ACONDICIONADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CERTIFICADO DE ORIGEN <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	TRIANGULO DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	ANTENA DE RADIO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	LUCES (ALTA, BAJA, ANTIIEBLAS, INTERMITENTE) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
MANUAL DE USUARIO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	GATO Y PALANCA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO DE RADIO REPRODUCTOR <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	LUCES INTERNAS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
PLAN DE GARANTÍA <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LLAVE DE NEUMÁTICO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO DE SENSORES Y/O CAMARA DE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO LIMPIAPARABRISAS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
FUNCIONAMIENTO MANDO DE VOLANTE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTUCHE PARA HERRAMIENTAS Y CHALECO (SI APLICA) <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	PA DEL TANQUE DE COMBUSTIBLE <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO MANDO ELAVIACION <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
JUEGO DE LLAVES (2) <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESTORNILLADOR MULTIUSO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO RETROVISORES ELECTRICOS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	FUNCIONAMIENTO PUERTA MALSTERA/COMPUERTA TRASERA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

OBSERVACIONES GENERALES	REQUERIMIENTO CLIENTE Vehículo no funciona no se puede verificar sistema eléctrico
-------------------------	---

NUMERO Oriana Leal	CIUDAD 26.483.270	FIRMA 	FECHA DE RECEPCION
-----------------------	----------------------	--	--------------------