

 carrazos	GESTIÓN POSVENTA	Código: GP-FOR-24
	FORMATO PRUEBA DE RUTA	Versión: 01
		Emitido: 15/03/2023

DATOS PREVIOS

CLIENTE:		ORDEN DE TRABAJO:
TELÉFONO:	PLACA:	ASESOR:
Fecha vigencia RTM y EC:		Fecha vigencia SOAT:

Síntomas y condiciones descritas por el cliente en la entrevista:

PROPÓSITO DE LA PRUEBA DE RUTA

NOTA: Las pruebas de ruta deben cumplir con las normas de tránsito

DIAGNÓSTICO CONTROL DE CALIDAD OTRO (Cuál): _____

#	FECHA	TIPO DE RUTA	INICIO		FINAL		SE EVIDENCIÓ SÍNTOMA	
			HORA	KM	HORA	KM	SÍ	NO
1	DD/MM/AAAA							
2	DD/MM/AAAA							
3	DD/MM/AAAA							
4	DD/MM/AAAA							
5	DD/MM/AAAA							

OBSERVACIONES:

CAUSA DEL SÍNTOMA:

TÉCNICO QUE EFECTUA LA REPARACIÓN:

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:

SOLUCIÓN DE LA FALLA

DESCRIBA LA SOLUCIÓN:

NOMBRE QUIEN REALIZA LA PRUEBA DE RUTA: _____

FIRMA JEFE DE TALLER

FIRMA CLIENTE/ENTREGA A SATISFACCIÓN