

**MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA PERIÓDICA**

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

Nombre de fantasía: \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

**1. Del personal del Establecimiento**

<b>Nro.</b>	<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Función que desempeña</b>	<b>Capacitación que posee</b>	<b>Constancia de ART</b>

**2. De las Obleas ( EAR )**

<b>OBLEAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>NUMERACIÓN DESDE - HASTA</b>
Cantidad de Obleas. (DISPONIBLES).		
Cantidad de Obleas inutilizadas. (ANULADAS).		
Cantidad de Obleas Condicionales. (VIGENTES).		
Cantidad de Obleas Condicionales. (VENCIDAS).		
Cantidad de Obleas Rechazadas.		

\_\_\_\_\_ **FIRMA**

REFERENCIA	SI	NO
2.1 ¿Las Obleas están protegidas de la humedad?		
2.2 ¿Las Obleas están en caja fuerte?		
2.3 ¿Las Obleas están ordenadas correlativamente?		
2.4 ¿Las Obleas condicionales están acompañadas del correspondiente CRT?		
2.5 ¿Las Obleas Rechazadas están acompañadas del correspondiente CRT?		

**3. De los Certificados de Revisión Técnica ( CRT ) y los Legajos.**

REFERENCIA	SI	NO
3.1 ¿Los CRT se archivan de forma correlativa?		
3.2 ¿Posee un espacio destinado al archivo?		
3.3 ¿Archiva los CRT junto con el legajo?		

**Observaciones adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

#### 4. Del Equipamiento del TRT

EQUIPO	FUNCIONA SI/NO	MARCA/MODELO/N° SERIE	SE CONSTATA CALIBRADO SI / NO
Alineador óptico – luxómetro			
Detector de holguras			
Dispositivo para medir profundidad del dibujo de los neumáticos			
Decibelímetro			
Analizador de gases ciclo otto			
Opacímetro			
Rampa de inspección			
Dispositivo para dejar ruedas suspendidas o libres			
Frenómetro			
Placa de deriva			
Dispositivo de control de amortiguación			
Computadoras			
Impresoras			

REFERENCIA	SI	NO
4.1 ¿Los equipos se encuentran en buen estado?		
4.2 ¿Los equipos son de marca y se encuentran correctamente identificados?		
4.3 ¿Las herramientas de mano resultan útiles y suficientes?		

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

**5. Del Establecimiento**

REFERENCIA	SI	NO
5.1 ¿Posee la cartelería obligatoria?		
5.2 ¿La cartelería está colocada correctamente?		
5.3 ¿La cartelería se encuentra en buen estado de conservación?		
5.4 ¿El lugar se encuentra en buenas condiciones de higiene?		
5.5 ¿Posee delimitadas las diferentes áreas de público y de trabajo?		
5.6 ¿El personal de planta utiliza ropa de seguridad?		
5.7 ¿El personal de planta utiliza Elementos de Protección Personal?		
5.8 ¿El lugar posee los correspondientes extintores colgados y vigentes?		
5.9 ¿El lugar posee señalización de seguridad?		
5.10 ¿Posee plan de evacuación?		
5.11 ¿Posee la habilitación municipal a la vista y vigente?		
5.12 ¿Posee póliza de seguro de responsabilidad civil contra terceros?		

**Observaciones adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha de Auditoría \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Firma Director Técnico TRT



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo Disposición**

**Número:**

**Referencia:** EX-2020-74435441 -APN-DGA#ANSV

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 6 pagina/s.