



FORMATO DE REQUERIMIENTOS VERIFICACIÓN

Código

Fecha de Revisión

No. De Revisión

FV-02-01

15/MARZO/2019

01

Datos del cliente

Razón social			
Domicilio			
Nombre del contacto			
Puesto			
Teléfono		E-mail	

EN CASO DE TENER DUDAS EN EL LLENADO DE ESTE FORMATO, FAVOR DE COMUNICARSE AL [\(55\) 2608 7371](tel:5526087371) O informacion@kontroll.mx.

Listado

No.	Tipo de equipo*	Nombre del equipo	No. de Serie o TAG**	Fluido de operación	Presión de calibración ***	Presión de operación	Capacidad volumétrica (RSP)	Capacidad térmica o potencia (GV)	Categoría	No. de autorización STPS
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

*Se utilizará RSP (Recipiente sujeto a presión), GV (Generadores de vapor o calderas).

**Número interno de identificación del equipo.

***Se maneja la presión de calibración del dispositivo de seguridad, en caso de que el equipo cuente con más de un dispositivo de seguridad se tomara el valor mínimo de presión de todos los dispositivos.