



**Visita de Inspección para Emisión del Resolutivo Final del Dictamen de Impacto Vial**

Nombre del Proyecto :			
Giro:			
Ubicación:		Municipio:	
Propietario:			
Gestor:			
<b>Revisión física del estacionamiento:</b>			
¿Cumple con el número de cajones de estacionamiento?	Si	No	
¿Cumplen con las medidas los cajones de estacionamiento?	Si	No	
¿Cumple con las dimensiones de las entradas y salidas de acuerdo al proyecto?	Si	No	
¿Cumple con la distancia a la esquina para entradas y salidas?	Si	No	
<b>Revisión de un radio de 200 metros:</b>			
¿Cumple con los requerimientos de la Autoridad Municipal y los acuerdos otorgados en el Dictamen de Impacto Vial?	Si	No	

Fecha:		Municipio:	
--------	--	------------	--

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Inspector SSP

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
Revisó