

 FORMATO	Numero de documento: GAV-FOR-FAB-06-01	Versión: 02	Numero de hojas: Página 1 de 2
	Título: DESPEJE DE LÍNEA		

FECHA:		HORA:		OP:	
PRODUCTO:					
LOTE:		CLAVE:			

INSTRUCCIONES.

1. Realizar la verificación del área de producción y/o acondicionamiento que corresponda.
2. Cruzar el cuadro de "SI" o "NO" de acuerdo con la observación realizada.
3. Cumplir con las buenas prácticas de documentación: No espacios en blanco, No tachones, etc.
4. Registrar en el espacio de observaciones los hallazgos.

I. Limpieza:

SUPERVISOR		INSPECTOR DE CALIDAD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a) Los insumos, materiales, subproductos y productos terminados del proceso anterior fueron retirados.
- b) Se encuentra limpia toda la superficie sin cúmulos de basura.
- c) Las mesas de trabajo se encuentran limpias y libres de polvo.
- d) Se realizó la sanitización de las mesas de trabajo.
- e) Los equipos se observan limpios de basura, polvo y residuos en las superficies y componentes.

II. Documentación:

La orden de producción

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a) Documentación completa: orden de producción, procedimiento de fabricación (cuando aplique).
- b) Corresponde al producto que será fabricado.
- c) Se encuentra visible en todo momento.
- d) Ha sido firmada por los responsables de entrega y recepción de materiales.
- e) Los materiales corresponden en sus lotes y cantidades a los indicados en la hoja de Surtido.
- f) Los documentos de fabricación se encuentran debidamente requisitados por los Responsables del proceso previo.
- f) Los equipos y mesas de trabajo son identificados con el producto y proceso a realizar.

Nota: En caso de tener una observación negativa, deberá detener la línea de fabricación y documentar el hallazgo para su corrección conforme al PNO.



FORMATO

Numero de documento:
GAV-FOR-FAB-06-01

Versión:
02

Numero de hojas:
Página 2 de 2

Título:

DESPEJE DE LÍNEA

III. Personal

- a) Mujeres: cabello perfectamente recogido. Hombres: Sin barba o bigote, cabello corto.
- b) Porta adecuadamente el uniforme limpio e indumentaria completa (filipina, pantalón, cofia, cubreboca y cubrezapato).
- c) Utiliza accesorios (joyería) en orejas, cuello, manos o brazos.
- d) Tiene algún tipo de aparato electrónico: celular, radio, etc.
- e) Usa cualquier tipo de maquillaje.
- f) Consume alimentos o golosinas en su área de trabajo.
- g) Aseo de uñas: cortas, limpias y sin barniz.

SUPERVISOR

INSPECTOR DE CALIDAD

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

*	SI	NO
---	----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

Especifique: _____

Nota: En caso de tener una observación negativa y para los casos ubicados con * si la respuesta es "SI", se deberá solicitar al personal el retiro del área y se direccionara con Recursos Humanos.

IV. Condiciones generales de salud del personal

Aceptable _____ No Aceptable _____

Especifique:

OBSERVACIONES:

Supervisor de área

Inspector de Calidad

Nombre completo, Firma y Fecha

Nombre completo, Firma y Fecha