



FORMATO

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

Versión:  
**02**

Numero de hojas:  
**Página 1 de 2**

Título:

**DESPEJE DE LÍNEA**

<b>FECHA:</b>		<b>HORA:</b>		<b>OP:</b>	
<b>PRODUCTO:</b>					
<b>LOTE:</b>		<b>CLAVE:</b>			

### 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:

- 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.

**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"/>

#### II. Documentación:

##### La orden de producción

- 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.

<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"/>

**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**