

CHECKLIST DE CONTROL DE CALIDAD – JOHNPAN S.A.S.

Fecha: _____

Turno: _____

Nombre del Responsable: _____

Área de Producción: _____

Producto Evaluado: _____

Criterios de Evaluación

Criterio	Cumple (Sí/No)	Observaciones	Acción Correctiva (si aplica)
Aspecto del producto (color, forma, tamaño)			
Textura adecuada			
Sabor conforme a especificaciones			
Temperatura de cocción correcta			
Presentación e higiene del empaque			
Fecha de elaboración correctamente marcada			
Manipulación higiénica del producto			

Uso de uniforme completo por parte del operario			
Condiciones del área de trabajo (limpieza, orden)			
Verificación de materias primas en buen estado			

Firma del Responsable de Calidad: _____