# Inspección del arnés contra caídas

**Fecha** _____ **Sitio o lugar** _____

**Nombre del trabajador** _____ **Número o serie del arnés** _____

**Número o serie de la cuerda de seguridad** _____ **Persona competente (si lo revisó)** _____

| Arnés | Pasa | Falla | N/A |
|---|---|---|---|
| Las cintas no tienen cortes, deshilachados, quemaduras ni daño por químicos | ☐ | ☐ | ☐ |
| Las cintas no están tiesas, vidriosas ni descoloridas | ☐ | ☐ | ☐ |
| Las costuras están completas, sin hilos jalados ni rotos | ☐ | ☐ | ☐ |
| Los anillos en D no están doblados, rajados, oxidados ni gastados | ☐ | ☐ | ☐ |
| Las hebillas funcionan, no se resbalan y no tienen daño | ☐ | ☐ | ☐ |
| Los ojillos y los retenes están en su lugar | ☐ | ☐ | ☐ |
| Las etiquetas están y se pueden leer | ☐ | ☐ | ☐ |
| La etiqueta o el registro de inspección está vigente | ☐ | ☐ | ☐ |

| Cuerda de seguridad y conectores | Pasa | Falla | N/A |
|---|---|---|---|
| La cuerda de seguridad o la línea de vida no tiene cortes, deshilachados ni quemaduras | ☐ | ☐ | ☐ |
| Los ganchos y mosquetones cierran y se traban por completo | ☐ | ☐ | ☐ |
| Los seguros y las trabas funcionan sin atorarse | ☐ | ☐ | ☐ |
| El absorbedor de impacto está completo y no se ha activado | ☐ | ☐ | ☐ |
| Los herrajes no tienen grietas, óxido ni dobleces | ☐ | ☐ | ☐ |
| Los equipos tienen la capacidad indicada y son compatibles entre sí | ☐ | ☐ | ☐ |

| Antes de usarlo | Pasa | Falla | N/A |
|---|---|---|---|
| Se siguieron las instrucciones del fabricante para este equipo | ☐ | ☐ | ☐ |
| El equipo no se ha usado en una caída | ☐ | ☐ | ☐ |
| El punto de anclaje está identificado y es adecuado | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hay un plan de rescate para este trabajo | ☐ | ☐ | ☐ |
| Se revisó si se necesita protección contra caídas, según OSHA 1926.501 | ☐ | ☐ | ☐ |
| Todo equipo del que tenga duda se saca de servicio | ☐ | ☐ | ☐ |

## Defectos encontrados y acción tomada

_____

_____

_____

**¿Se sacó de servicio?** ☐ Sí ☐ No **Reportado a** _____

**Firma del inspector** _____ **Fecha** _____

**Revisión del supervisor** _____ **Fecha** _____