

ACTA DE INSPECCION AMBIENTAL

(FORMATO DE ACTA PARA NORMAS DE EMISIÓN Y PLANES DE PREVENCIÓN Y/O DESCONTAMINACIÓN AMBIENTAL)

1. ANTECEDENTES

1.1 Fecha de Inspección: <i>10-04-2017</i>	1.2 Hora de inicio: <i>13:17</i>	1.3 Hora de término: <i>13:30</i>
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Servicio de Salud Osorno</i>		
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>M.A Meltz #448</i>	Comuna: <i>Osorno</i>	Región: <i>Los Lagos</i>
Coordenada Norte (WGS84): <i>55007135</i>	Coordenada Este (WGS84): <i>657586</i>	Huso: 19S 18S <input checked="" type="checkbox"/>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Servicio de Salud Osorno</i>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <i>M.A Meltz #448</i>	
RUT o RUN: <i>607602-0</i>	Teléfono: <i>642337787</i>	Correo electrónico: <i>macarenz.morazun@redsalud.gob.cl</i>
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <i>Macarenz Morazun Sánchez</i>		
RUT o RUN: <i>17191938-0</i>	Teléfono: <i>642337787</i>	Correo electrónico: <i>macarenz.morazun@redsalud.gob.cl</i>

2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN

2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Programada	2.2 <input type="checkbox"/> No programada	Denuncia: _____	Oficio: _____	Otro: _____
		Norma de Emisión Plan de Prevención y/o Descontaminación Ambiental		
2.3 Instrumento(s) de Gestión Ambiental fiscalizado(s):	D.S. N° _____ / _____	D.S. N° _____ / _____	D.S. N° <i>47/2017</i>	D.S. N° _____ / _____
	Otros Instrumentos (N° de Resolución / Año / Organismo) N° _____ / _____ / _____ N° _____ / _____ / _____ N° _____ / _____ / _____ N° _____ / _____ / _____			
2.4 Otro(s) Instrumento(s):	Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____ Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____			
2.5 Objeto de la Inspección Ambiental:	<i>Inspección ambiental PDA Osorno</i>			

3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

3.1 Existió oposición al ingreso: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	3.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	3.3 Existió Colaboración por parte de los fiscalizados: (En caso de ser negativo, se deben fundamentar los hechos en Observaciones) <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
---	---	---

4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones)*_____***5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)**

Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
<i>José Morazán E.</i>	<i>Saenz</i>	<i>OM</i>

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se expuso el alcance de lo establecido de fiscalización ambiental (Res. N° 1184/2015)

Se constató que no existe daño real de hogar abierto ni la medida fiscalizable (Art. N° 23).

7. RECEPCIÓN DEL ACTA Y FIRMA ENCARGADO ACTIVIDAD FISCALIZADA

7.1 El Encargado o Responsable de la Actividad, Proyecto o Fuente Fiscalizada acogió copia del Acta:
SI NO

7.2 En caso de que el Acta no haya sido recepcionada, indique el motivo:
Ausencia del Encargado _____ Negación de Recepción _____

Constancia en caso de Negación (Detallar las circunstancias y/o acontecimientos ocurridos):

Firma encargado actividad: