



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: 17/05/2017		1.2 Hora de inicio: 12:22 Horas		1.3 Hora de término: 13:25 horas
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: CLINICA ATACAMA SpA				
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: JOSÉ MANUEL INFANTE 861		Comuna: COPIAPO	Región: ATACAMA	
Coordenada Norte (WGS84): 6972397		Coordenada Este (WGS84): 368703		Huso: 19S <input checked="" type="checkbox"/> 18S <input type="checkbox"/>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: Clinica Atacama SpA		Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): Infante 861		
RUT o RUN: 76.938.510-K	Teléfono: 2354450		Correo electrónico:	
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: Roxana Rojas García				
RUT o RUN: 16.249.757-K	Teléfono: 2354450		Correo electrónico: informaciones@clinicaatacama.cl	

2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN				
2.1 <input type="checkbox"/> Programada	2.2 <input type="checkbox"/> No programada	Denuncia: <input checked="" type="checkbox"/>	Oficio: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
2.3 Instrumento(s) de Gestión Ambiental fiscalizado(s):	Norma de Emisión		Plan de Prevención y/o Descontaminación Ambiental	
	D.S. N° 30/2011	D.S. N° ___/___	D.S. N° ___/___	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:	DENUNCIA POR RUIDOS MOLESTOS			

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

4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones)
SIN OBSERVACIONES

5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)		
Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
CLAUDIA ACEVEDO M.	SMA	
WIS RAMIREZ D.	SMA	
DANILO GUTIERREZ B.	SMA	

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

LA ACTIVIDAD DE INSPECCIÓN AMBIENTAL SE INICIO A LAS 12:22 HORAS COMENZANDO CON EL PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE RUIDOS OCASIONADOS POR SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO DE LA FUENTE EMISORA. EL PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE RUIDOS SE REALIZÓ DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL DECRETO N° 38 QUE ESTABLECE NORMA DE EMISIÓN DE RUIDOS.

SE UTILIZÓ UN SONÓMETRO CIRRUS MODEL CR:162 B, EL CUAL SE ENCUENTRA CALIBRADO.

LA MEDICIÓN SE EFECTUÓ EN EL LUGAR INDICADO POR EL RECEPTOR, EL CUAL SE ENCUENTRA EXPUESTO AL RUIDO GENERADO POR FUENTE EMISORA.

SE MIDIERON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:

$T^{\circ} = 17^{\circ}C$

Humedad = 55 %

VIENTO = 0

NO SE REALIZÓ MEDICIÓN DE RUIDO DE FONDO.

LOS DATOS RECOPIADOS SERÁN ANALIZADOS EN GABINETE.

LA ACTIVIDAD DE MEDICIÓN FINALIZÓ A LAS 12:35 HORAS.

7. RECEPCIÓN DEL ACTA Y FIRMA ENCARGADO ACTIVIDAD FISCALIZADA

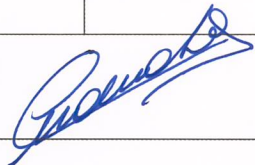
7.1 El Encargado o Responsable de la Actividad, Proyecto o Fuente Fiscalizada acogió copia del Acta:
SI NO

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:





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: 17.05.2017	1.2 Hora de inicio: 21:08 horas	1.3 Hora de término: 22:00 Horas	
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: CLINICA ATACAMA			
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: JOSÉ MANUEL INFANTE 861		Comuna: COPIAPO	Región: ATACAMA
Coordenada Norte (WGS84): 6972397		Coordenada Este (WGS84): 368703	Huso: 19S <input checked="" type="checkbox"/> 18S <input type="checkbox"/>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: CLINICA ATACAMA SPA		Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): INFANTE 861	
RUT o RUN: 76.938.510-K		Teléfono: 2354450	Correo electrónico:
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: Evelyn Jara			
RUT o RUN: 16.908.427-0		Teléfono: 354452	Correo electrónico: emergencia@clinicaatacoma.cl

2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN				
2.1 <input type="checkbox"/> Programada	2.2 <input type="checkbox"/> No programada	Denuncia: <input checked="" type="checkbox"/>	Oficio: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
2.3 Instrumento(s) de Gestión Ambiental fiscalizado(s):	Norma de Emisión		Plan de Prevención y/o Descontaminación Ambiental	
	D.S. N° 30/2011	D.S. N° ___/___	D.S. N° ___/___	D.S. N° ___/___
	Otros Instrumentos (N° de Resolución / Año / Organismo)			
2.4 Otro(s) Instrumento(s):	Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____			
	Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____			
2.5 Objeto de la Inspección Ambiental:	DENUNCIA POR RUIDOS Molestos.			

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

4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones)
SIN OBSERVACIONES

5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)		
Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
CLAUDIA ACEVERO	SMA	
DANILO GUTIÉRREZ	SMA	
LUIS RAMÍREZ	SMA	

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

LA ACTIVIDAD DE INSPECCIÓN AMBIENTAL SE INICIÓ A LAS 21:08 HRS COMENZANDO CON EL PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE RUIDOS INDICADO EN EL DECRETO N° 38 QUE ESTABLECE NORMA DE EMISIÓN DE RUIDOS.

PARA REALIZAR LA MEDICIÓN SE UTILIZÓ UN SONOMETRO MARCA CIRRUS MODEL CR: 162 B, EL CUAL PREVIAMENTE FUE CALIBRADO.

LA MEDICIÓN SE EJECUTÓ EN EL LUGAR INDICADO POR EL RECEPTOR, EL CUAL SE ENCUENTRA EXPUESTO AL RUIDO GENERADO POR LA FUENTE EMISORA QUE CORRESPONDE A SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO.

EN LA ACTIVIDAD NO SE MIDió EL RUIDO DE FONDO Y LOS DATOS MEDIDOS FUERON REGISTRADOS PARA SU ANÁLISIS POSTERIOR EN GABINETE.

ADemás DURANTE LA MEDICIÓN SE REGISTRARON LOS SIGUIENTES DATOS:

- TEMPERATURA = 15° C
- % HUMEDAD = 70 %
- VELOCIDAD DE VIENTO = 0 M/S

LA ACTIVIDAD DE MEDICIÓN FINALIZÓ A LAS 21:18 HORAS.

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:

