

## 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: <u>27/04/18</u>	1.2 Hora de inicio: <u>10:20</u>	1.3 Hora de término: <u>12:45</u>
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Hospital Clínico Herminda Martín</u>		
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Francisco Ramírez N° 10</u>	Comuna: <u>Chillán</u>	Región: <u>Bío Bío</u>
Coordenada Norte (WGS84): <u>5944551</u>	Coordenada Este (WGS84): <u>7609558</u>	Huso: 19S <u>18S X</u>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Hospital Clínico Herminda Martín</u>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <u>Francisco Ramírez N° 10, Chillán</u>	
RUT o RUN: <u>61.607.001-0</u>	Teléfono: <u>422586400</u>	Correo electrónico: <u>CLAUDIO.SOTOF@REDSALUD.GOV.CL</u>
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <u>Claudio Soto FUENTES</u>		
RUT o RUN: <u>3422403-2</u>	Teléfono: <u>422586858</u>	Correo electrónico: <u>CLAUDIO.SOTOF@REDSALUD.GOV.CL</u>

## 2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN

2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Programada	2.2 <input type="checkbox"/> No programada	Denuncia: _____	Oficio: _____	Otro: _____
2.3 Instrumento(s) de Gestión Ambiental fiscalizado(s):	Norma de Emisión		Plan de Prevención y/o Descontaminación Ambiental	
	D.S. N° _____ / _____	D.S. N° _____ / _____	D.S. N° <u>48/2015</u>	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:	<u>FISCALIZACIÓN FUENTES FÍJAS PPDA</u>			

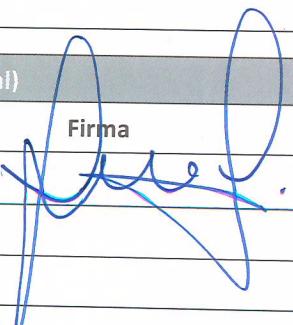
## 3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

3.1 Existió oposición al ingreso: <u>SI</u> <u>NO</u> <input checked="" type="checkbox"/>	3.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: <u>SI</u> <u>NO</u> <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) <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO</u> _____
--	--	---

## 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) <u>Francisco Camano A.</u>	Organismo (s) <u>SMA</u>	Firma 

## 6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

① EN LAS DEPENDENCIAS DEL LAS UNIDAD FISCALIZABLE (UF), se realiza reunión de inicio con el Sr. Claudio Soto, Encargado de Mantención Industrial y Redes, en la cual se informa del alcance y las actividades a realizar. Se solicita acompañar el recorrido de inspección.

② SE INSPECCIONA SALA DE CALDERA, donde se observa la existencia de las siguientes unidades:

- 1) CALDERA ICI CALDAIE, Modelo SIXEN 2800 (SS NUB-240)
- 2) CALDERA ICI CALDAIE, Modelo SIXEN 2500 (SS NUB-241)
- 3) CALDERA Baltur, Modelo STAR 1300 (SS NUB-242)
- 4) CALDERA Baltur, Modelo STAR 1300 (SS NUB-243)
- 5) CALDERA Baltur, Modelo STAR 1300 (SS NUB-244)

Todos los equipos son alimentados con gas natural, cuyo proveedor es la empresa Intergas S.A. Se entregarán fichas con antecedentes técnicos de las calderas.

③ NO SE OBSERVAN FUENTES NUEVAS EN LAS DEPENDENCIAS DE LA UF DE ACUERDO A LO SEÑALADO EN EL PPDA DE LAS COMUNAS DE Chullin y Chullin Viejo.

④ SE INFORMA A ENCARGADO DE LA INSPECCIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL, QUE SE DEBERÁ DAN COMPLIMIENTO A LO INDICADO EN LOS ARTÍCULOS DEL CAPÍTULO IV DEL PPDA DE LAS COMUNAS DE Chullin y Chullin Viejo.

⑤ SE REALIZA RECORRIDO FOTOGRÁFICO Y GEOREFERENCIACIÓN

## 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:

*Claudio Soto Fuentes 7422403-2*