



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>14.06.2018</u>	1.2 Hora de inicio: <u>11:20</u>	1.3 Hora de término: <u>11:40.</u>
--	----------------------------------	------------------------------------

1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada:
Centro Médico Sur Austral

1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Moraleda N° 204</u>	Comuna: <u>Copiapu</u>	Región: <u>Arauc</u>
---	---------------------------	-------------------------

Coordenada Norte (WGS84):	Coordenada Este (WGS84):	Huso: 19S ___ 18S ___
---------------------------	--------------------------	-----------------------

1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Sociedad MAGI Ltda.</u>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <u>Moraleda N° 204</u>
---	---

RUT o RUN: <u>76.179.608-9</u>	Teléfono: <u>672212010</u>	Correo electrónico: <u>comediosuraustral@gmail.com</u>
--------------------------------	----------------------------	--

1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección:
Yenet Monquiem Monquiem

RUT o RUN: <u>12.009.389-4</u>	Teléfono: <u>672212010</u>	Correo electrónico: <u>comediosuraustral@gmail.com</u>
--------------------------------	----------------------------	--

2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN

2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Programada	2.2 ___ 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>46115</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:
Art. 19 D.S. 46115 Uno colectores unitarios e lemo

3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

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

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
<u>Claudio González A.</u>	<u>SMA</u>	<u>[Firma]</u>
<u>Osvaldo Leal S.</u>	<u>SMA</u>	<u>[Firma]</u>

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se informa al responsable de la actividad del alcance de la inspección ambiental en el marco del art. 19 D.S. N° 46/15, respecto específicamente a la prohibición de usar colectores unitarios a terno, entre el 01 de abril del 20 de septiembre de cada año en establecimientos comerciales ubicados dentro de la zona urbana.

En el establecimiento inspeccionado se verificó la presencia de 1 colector unitario a terno funcionando o instalado, ubicado en sala de espera y recepción de pacientes. Se tomaron fotografías digitales.

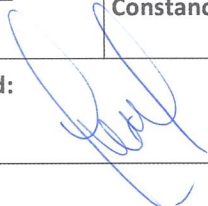
7. RECEPCIÓN DEL ACTA Y FIRMA ENCARGADO ACTIVIDAD FISCALIZADA

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 _____

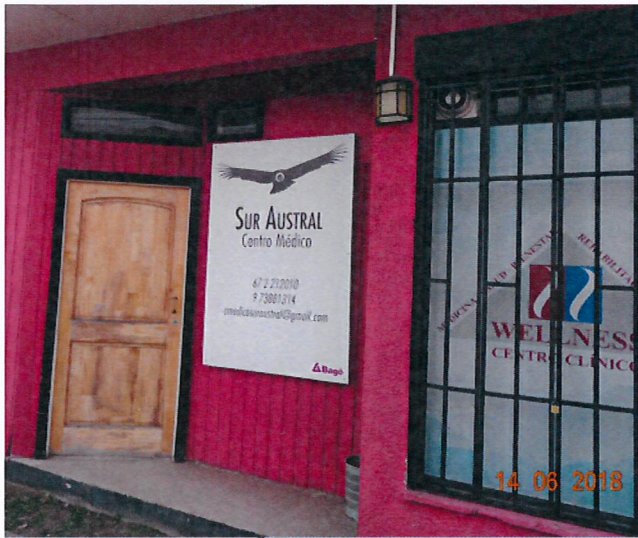
Constancia en caso de Negación (Detallar las circunstancias y/o acontecimientos ocurridos):

Firma encargado actividad:



Fiscalización Ambiental Centro Médico Sur Austral, Coyhaique
Dirección: Moraleda N°204
Fecha 14 de junio 2018
Uso de calefactores unitarios a leña, PDA Coyhaique- DS 46/2015

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Fotografía N°1

Fecha: 14-06-2018

Descripción: Centro Médico Sur Austral, UF fiscalizada en el marco PDA Coyhaique

Fotografía N°2

Fecha: 14-06-2018

Descripción: Combustión lenta encendida en sala de espera y recepción del Centro Médico al momento de la Inspección Ambiental