

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>28/08/18</u>	1.2 Hora de inicio: <u>11:20</u>	1.3 Hora de término: <u>11:30</u>
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Clinica Alemana - Casa Devercia</u>		
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Hnos Philippi 1000</u>	Comuna: <u>OSORNO</u>	Región: <u>Los Lagos</u>
Coordenada Norte (WGS84): <u>-40,58223</u>	Coordenada Este (WGS84): <u>73,11958</u>	Huso: 19S <u>18S</u>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Corporación Beneficiaria Osorno</u>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <u>Zenteno 1530. OSORNO</u>	
RUT o RUN: <u>81.949.100-3</u>	Teléfono: <u>64-2454080</u>	Correo electrónico: <u>janete.hechenbittner@clinicae.cl</u>
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <u>Jacqueline Bustamante</u>		
RUT o RUN: <u>13.163.354-8</u>	Teléfono: <u>62510882</u>	Correo electrónico: <u>Jacqueline.Bustamante@clinicae.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>471 15</u>	D.S. N° _____ / _____
	Otros Instrumentos (Nº de Resolución / Año / Organismo) Nº _____ / _____ / _____ Nº _____ / _____ / _____ Nº _____ / _____ / _____ Nº _____ / _____ / _____			
2.4 Otro(s) Instrumento(s):	Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____ Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____			
2.5 Objeto de la Inspección Ambiental:	<u>Control de Emisiones Celulares</u>			

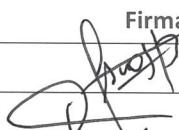
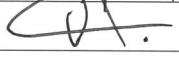
3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

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)

		
---	--	--

5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)

Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
<u>Patricia Arce</u>	<u>SMA</u>	
<u>Caronie Mauille</u>	<u>SMA</u>	

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se inicia la actividad de fiscalización, donde a conocer a la Sra Jacqueline Bustamante, Jefe de Prevención de Riesgo, sobre la fiscalización en marco de en el Plan de Descontaminación atmosférica del la ciudad de Osorno, específicamente en el Control de Emisiones.

Se constata q' en la UF "Casa Central" de la Clínica Alemana, una caldera a Petróleo en desuso.

Según el Sr. Patricio González, esta caldera estuvo en desuso al menos 4 años; Esta caldera no cuenta con inscripción en la SEREMI de Salud. Se verifica en place una Potencia térmica de 40 KW.

Según lo indicado por la Sra Bustamante esta caldera sería "existente".

Se toman fotografías y se georeferencia el lugar

**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:

Jacqueline Bustamante Silva
Jefe Depto Prevención de Riesgo
Clínica Alemana Osorno
Resolución O.S/P 115