

**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>20/05/2019</i>	1.2 Hora de inicio: <i>14:30</i>	1.3 Hora de término: <i>16:06</i>
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Clinica Almaviva</i>		
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Zenteno 1530</i>	Comuna: <i>Ogorno</i>	Región: <i>Los Lagos</i>
Coordenada Norte (WGS84): <i>5505761</i>	Coordenada Este (WGS84): <i>658961</i>	Huso: 19S <input checked="" type="checkbox"/> 18S <input type="checkbox"/>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Comisión de Servicios Ogorno</i>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <i>Zenteno 1530</i>	
RUT o RUN: <i>81549100-3</i>	Teléfono: <i>64205408</i>	Correo electrónico: <i>alicia.lehuey@clmcceli.cl</i>
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <i>Alicia Lehuey Souza</i>		
RUT o RUN: <i>16929882-3</i>	Teléfono: <i>64205408</i>	Correo electrónico: <i>alicia.lehuey@clmcceli.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>17/2015</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>Control de emisiones</i>			

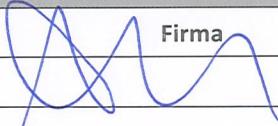
**3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN**

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)**

<i>- Informe para quedar exento del cumplimiento de los límites de emisión de metanol permitidos, acompañando: último declaración DS 138/2015 (formulario 1, 2 y 3), último anticipo de calderas y contrato de suministro de gas.</i>
---

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

Nombre (Nombre, Apellidos) <i>José Montaño</i>	Organismo (s) <i>SMA</i>	Firma 
---	-----------------------------	--

## **6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se inició actuación de fiscalización ambiental con número de informe y lo sig. Alvaro Lehoy S., jefe de Prevención de Riesgos Clínico Alimentario, dando a conocer el alcance de las actuaciones en el marco de la Res. tx N° 1184/2015.  
En su cumplimiento se constató el funcionamiento del sistema de control de los calderos marca le wolf, modelo 08613628, año de fabricación 2018, n.º de fabricación 120 9775352, que consumen diariamente 12 horas, cilindrada 120 litros/min<sup>2</sup>, quemador marca wolf, mediante el uso exclusivo y permanente de gas natural de corriente proporcionado por Unegas, desde el mes de febrero de 2018 se efectúa esta medida de operación, los calderos efectúan este permamente en contacto constante con el descrito combustible inerte manteniendo el certificado termo fórmula 080-432 AC. Se tomaron fotografías y correspondientes de interés: se realizó observación en el punto 4 del acto, la documentación a nombre de Sra. Ivonne Monroy, jefe ejecutivo SMA, Ambul Pinto #1112, of. 607, Pto Mont en un plazo de 5 días hábiles.

## **7. RECEPCIÓN DEL ACTA Y FIRMA ENCARGADO ACTIVIDAD FISCALIZADA**

<p><b>7.1 El Encargado o Responsable de la Actividad, Proyecto o Fuente Fiscalizada acogió copia del Acta:</b></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p><b>7.2 En caso de que el Acta no haya sido recepcionada, indique el motivo:</b></p> <p>Ausencia del Encargado _____ Negación de Recepción _____</p> <p><b>Constancia en caso de Negación</b> (Detallar las circunstancias y/o acontecimientos ocurridos):</p>
--	--