

## ACTA DE INSPECCION AMBIENTAL

(FORMATO DE ACTA PARA NORMAS DE CALIDAD, NORMAS DE EMISIÓN Y PLANES DE PREVENCIÓN Y/O DESCONTAMINACIÓN AMBIENTAL)

1. ANTECEDENTES		
1.1 Fecha de Inspección: <i>21 de Agosto 2019</i>	1.2 Hora de inicio: <i>10:05 hrs.</i>	1.3 Hora de término: <i>11:20</i>
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>SOC DE REPUESTOS RODARZ</i>	1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>TACNA SS</i>	
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>SOC. DE REPUESTOS 20842</i>	1.7 Domicilio: <i>TACNA SS</i>	
1.8 RUT o RUN: <i>79 609 330 -7</i>	1.9 Teléfono: <i>2644578</i>	1.10 Correo electrónico: <i>carlos.fuhs@autorutizminvend.cl</i>
1.11 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <i>Carlos Fuhs Moreno</i>	1.12 Domicilio de notificación por correo: <i>TACNA SS</i>	
1.13 RUT o RUN: <i>14.112.472-6</i>	1.14 Teléfono: <i>9 822 90183</i>	1.15 Correo electrónico: <i>carlos.fuhs@autorutizminvend.cl</i>
2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN		
2.1 Programada	2.2 <input checked="" type="checkbox"/> No programada Motivo: Denuncia: <input checked="" type="checkbox"/> Oficio: _____ Otro: _____	
2.3 Instrumento de Carácter Ambiental que regula el proyecto, actividad o fuente fiscalizada:	<i>Decreto SUPREMO N° 30 /2011 MMA</i>	
2.4 Objeto de la Inspección Ambiental:	<i>MEDICIÓN DEL NIVEL DE PRESIÓN SONORA CORREGIDO (NPC)</i>	
3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN		
3.1 Existió oposición al ingreso: <i>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></i>	3.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: <i>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></i>	3.3 Existió Colaboración por parte de los fiscalizados: (En caso de ser negativo, se deben fundamentar los hechos en Observaciones) <i>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>
3.4 Imprevistos: <i>_____</i>		
3.5 Actividades Pendientes: <i>_____</i>		
4. OBSERVACIONES <i>_____</i>		
5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado por el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)		
Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
<i>RAMON VALVERDE PRATS</i>	<i>MUNICIPALIDAD</i>	<i>_____</i>
<i>MAYLEE SIUS ROJAS</i>	<i>MUNICIPALIDAD</i>	<i>_____</i>
<i>CARLOS CARES MEDIANO</i>	<i>SMA</i>	<i>_____</i>

## 6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

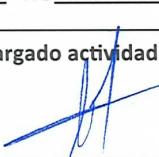
SE INICIA LA ACTIVIDAD DE INSPECCIÓN ambiental a las 10:05 Horas del día 21 de agosto del 2019 en el Receptor, donde se percibieron ruidos provenientes de la fuente indicada en la presente acta. El ruido proviene principalmente de maquinaria, como compresores y extractor de pernos, utilizados en taller de arreglo de vehículos, durante la actividad. Se midió el nivel de presión sonora consegido, como se establece en el D.S N° 38/2011.

Las MEDICIONES SE REALIZARON EN LOS PUNTOS SEÑALADOS POR EL RECEPTOR.

En la medición de ruido se utilizó un sonómetro marca CIRRUS, modelo CR:162 B, el cual posee certificado de calibración del ISP (Instituto de Salud Pública), además antes de iniciar las mediciones se coloco en terreno, utilizando un calibrador acústico marca CIRRUS, modelo CR 314, el cual también viene con certificado de calibración ISP. Vigente.

Los datos obtenidos se REGISTRARAN en los fiches de medición de ruido para su evaluación.

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

6.1 El Encargado o Responsable de la Actividad, Proyecto o Fuente Fiscalizada acogió copia del Acta: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6.2 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: 	

## FICHA DE INFORMACIÓN DE MEDICIÓN DE RUIDO

## IDENTIFICACIÓN DE LA FUENTE EMISORA DE RUIDO

Nombre o razón social	SOC. DE RESPUESTO RODAR		
RUT	79.609.330-7		
Dirección	TACNA N°55		
Comuna	ANTOFAGASTA		
Nombre de Zona de emplazamiento (según IPT vigente)	C-1b SUB CENTRO URBANO		
Datum	WGS84	Huso	19S
Coordenada Norte	7386119,75	Coordenada Este	357613,11

## CARACTERIZACIÓN DE LA FUENTE EMISORA DE RUIDO

Actividad Productiva	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Agrícola	<input type="checkbox"/> Extracción	<input type="checkbox"/> Otro
Actividad Comercial	<input type="checkbox"/> Restaurant	<input checked="" type="checkbox"/> Taller Mecánico	<input type="checkbox"/> Local Comercial	<input type="checkbox"/> Otro
Actividad Esparcimiento	<input type="checkbox"/> Discoteca	<input type="checkbox"/> Recinto Deportivo	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Otro
Actividad de Servicio	<input type="checkbox"/> Religioso	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Comunitario	<input type="checkbox"/> Otro
Infraestructura Transporte	<input type="checkbox"/> Terminal	<input type="checkbox"/> Taller de Transporte	<input type="checkbox"/> Estación Intermedia	<input type="checkbox"/> Otro
Infraestructura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Planta de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Relleno Sanitario	<input type="checkbox"/> Instalación de Distribución	<input type="checkbox"/> Otro
Infraestructura Energética	<input type="checkbox"/> Generadora	<input type="checkbox"/> Distribución Eléctrica	<input type="checkbox"/> Comunicaciones	<input type="checkbox"/> Otro
Faena Constructiva	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Demolición	<input type="checkbox"/> Reparación	<input type="checkbox"/> Otro
Otro (Especificar)				

## INSTRUMENTAL DE MEDICIÓN

## Identificación sonómetro

Marca	CIRRUS RESEARCH plc	Modelo	CR 162B	Nº serie	G080940
Fecha de emisión Certificado de Calibración		14 DE FEBRERO 2019			
Número de Certificado de Calibración		SON20190027			

## Identificación calibrador

Marca	CIRRUS RESEARCH plc	Modelo	CR 514	Nº serie	86102
Fecha de emisión Certificado de Calibración		14 DE FEBRERO 2019			
Número de Certificado de Calibración		CAL20190020			

Ponderación en frecuencia		Ponderación temporal	
Verificación de Calibración en Terreno	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Se deberá adjuntar Certificado de Calibración Periódica Vigente para ambos instrumentos.

## FICHA DE INFORMACIÓN DE MEDICIÓN DE RUIDO

## IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

Receptor N°	1E				
Calle	BELLAVISTA				
Número	4559				
Comuna	ANTOFAGASTA				
Datum	WGS84	Huso	19S		
Coordenada Norte	7386151	Coordenada Este	357630		
Nombre de Zona de emplazamiento (según IPT vigente)	C-1b SUB CENTRO URBANNO				
N° de Certificado de Informaciones Previas*	NO CORRESPONDE				
Zonificación DS N° 38/11 MMA	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input checked="" type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Rural

\* Adjuntar Certificado de Informaciones Previas (Si corresponde, según consideraciones de Art. 8°, D.S. N° 38/11 MMA)

## CONDICIONES DE MEDICIÓN

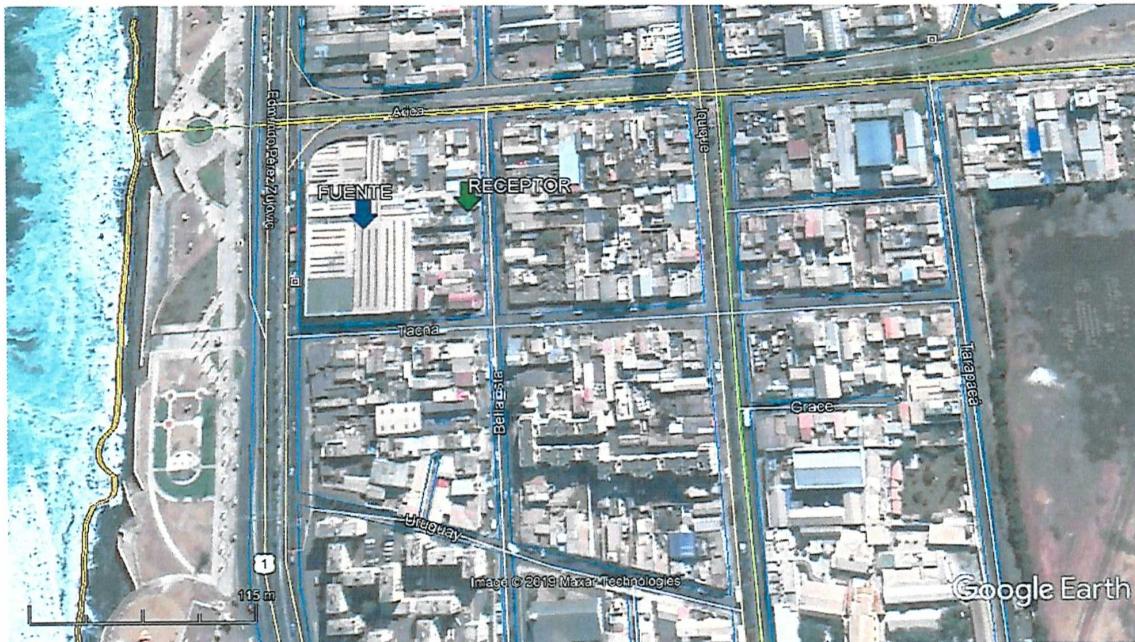
Fecha medición	21 DE AGOSTO 2019			
Hora inicio medición	10:05 HORAS			
Hora término medición	10:30 HORAS			
Periodo de medición	<input checked="" type="checkbox"/> 7:00 a 21:00 h	<input type="checkbox"/> 21:00 a 7:00 h		
Lugar de medición	<input type="checkbox"/> Medición Interna	<input checked="" type="checkbox"/> Medición Externa		
Descripción del lugar de medición	PASILLO CON TECHO EXPUESTO EL CUAL COLINDA CON LA FUENTE EMISORA			
Condiciones de ventana (en caso de medición interna)	<input type="checkbox"/> Ventana Abierta	<input type="checkbox"/> Ventana Cerrada		
Identificación ruido de fondo	NO SE PERSIBE RUIDO DE FONDO			
Temperatura [°C]	N/D	Humedad [%]	N/D	Velocidad de viento [m/s]

Nombre y firma profesional de terreno o Inspector Ambiental (IA)	MAYLEE SIUS ROJAS	
Institución, Empresa o Entidad Técnica de Fiscalización Ambiental (ETFA)	MUNICIPALIDAD DE ANTOFAGASTA, DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA	

## Nota:

- Se deberá imprimir y completar esta página para cada receptor evaluado.
- Se podrán incluir fotografías del punto donde se ubique el sonómetro para la realización de la medición.
- Los datos de Temperatura, Humedad Relativa y Velocidad de viento, corresponderá para mediciones realizadas en el exterior.

## FICHA DE GEOREFERENCIACIÓN DE MEDICIÓN DE RUIDO

 Croquis Imagen Satelital

Origen de la imagen Satelital

GOOGLE EARTH PRO

Escala de la imagen Satelital

1:100 M

## LEYENDA DE CROQUIS O IMAGEN UTILIZADA

Datum		WGS84		Huso		19S	
Fuentes				Receptores			
Símbolo	Nombre	Coordenadas		Símbolo	Nombre	Coordenadas	
	Taller Repuestos Rod.	N	7386124,37		Receptor	N	7386135,62
		E	357611,26			E	
		N				N	
		E				E	
		N				N	
		E				E	
		N				N	
		E				E	

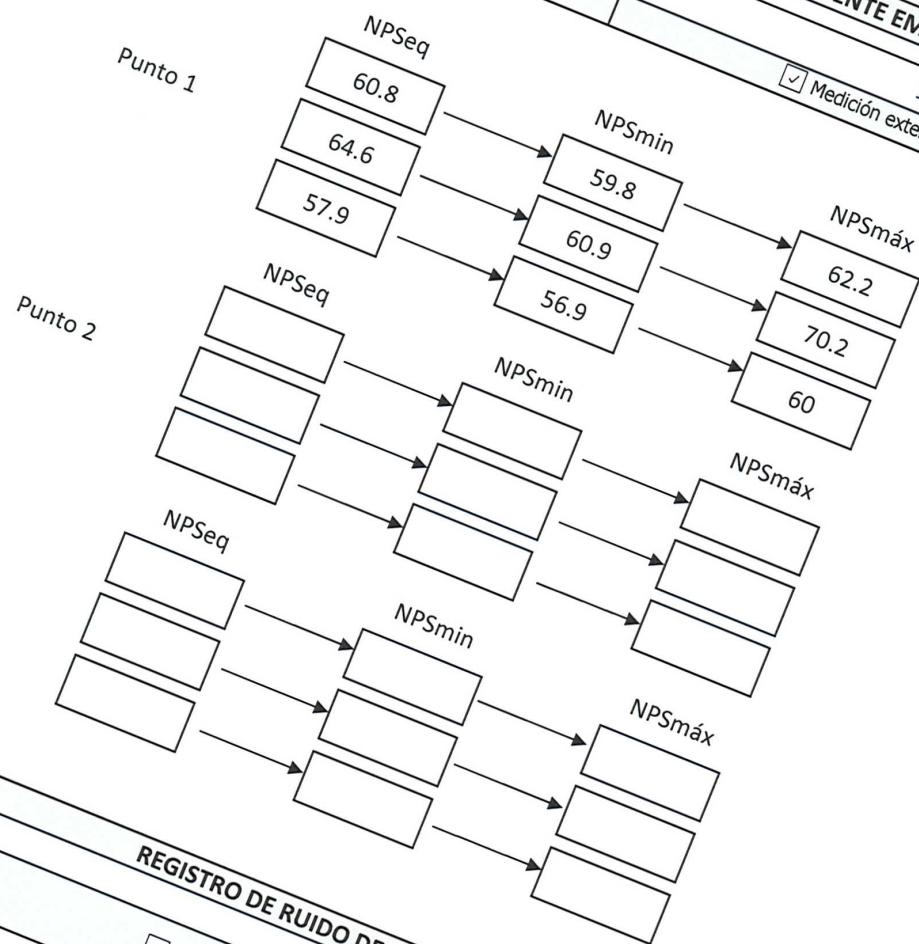
Se podrán adjuntar fotografías, considerando como máximo una (1) por fuente y dos (2) por lugar de medición.

**FICHA DE MEDICIÓN DE NIVELES DE RUIDO**

**REGISTRO DE MEDICIÓN DE RUIDO DE FUENTE EMISORA**

Identificación Receptor N°  
 Medición Interna (tres puntos)

Medición externa (un punto)  
1E



**REGISTRO DE RUIDO DE FONDO**

Ruido de fondo afecta la  
medición  
Fecha:

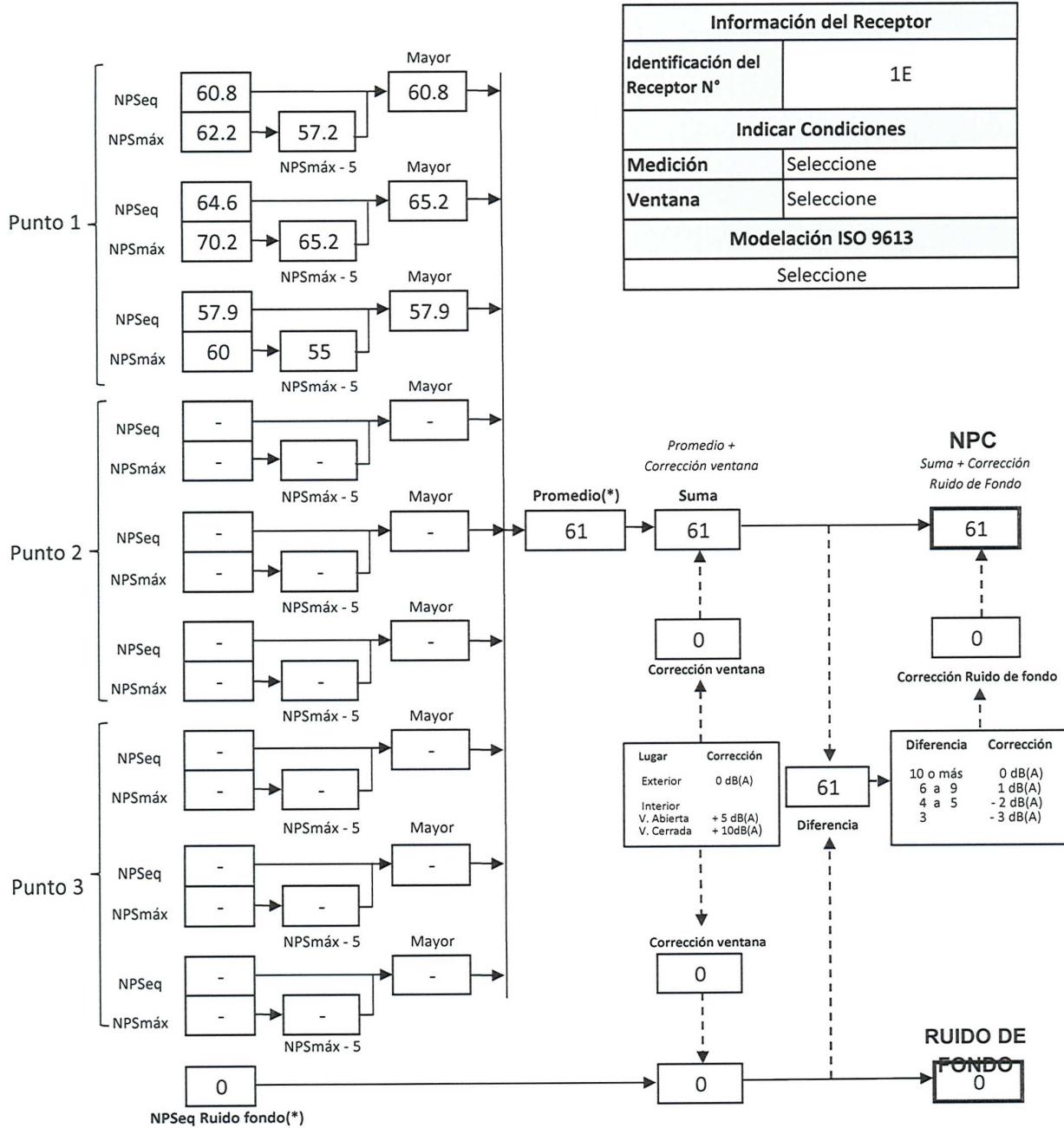
Si  No

Hora: 5' 10' 15' 20' 25' 30'

NPSeq

Observaciones:  
NO SE PERSIBE RUIDO DE FONDO SOLO DE LA FUENTE EMISORA

## FICHA DE EVALUACIÓN DE NIVELES DE RUIDO



(\*) Aproximar a números enteros

**REPORTE TÉCNICO DECRETO SUPREMO N°38/11 DEL MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE**

Establece Norma de Emisión de Ruidos Generados por Fuentes que Indica

**FICHA DE EVALUACIÓN DE NIVELES DE RUIDO****TABLA DE EVALUACIÓN**

Receptor N°	NPC [dBA]	Ruido de Fondo [dBA]	Zona DS N°38	Periodo (Diurno/Nocturno)	Límite [dBA]	Estado (Supera/No Supera)
1E	61	0	III	Diurno	65	No Supera
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-

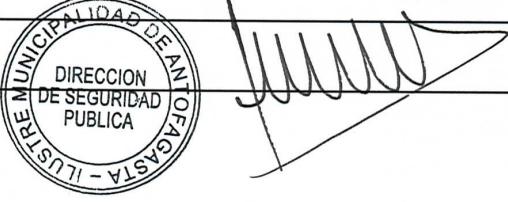
**OBSERVACIONES**

SE REALIZARON MEDICIONES DEL NIVEL DE PRESIÓN SONORA EN EL RECEPTOR, EX EXTERIOR, PASILLO COLINDANTE A LA FUENTE EMISORA. SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N°491/2016 DE LA SMA AL ESTAR TANTO LA FUENTE COMO EL RECEPTOR EN LA ZONA DENOMINADA C-1b SUB CENTRO URBANO, SE HOMOLOGA A ZONA III DEL D.S N°38/2011 DEL M.M.A

**ANEXOS**

N°	Descripción
1	CERTIFICADO CALIBRACIÓN ISP DE EQUIPO DE MEDICIÓN SONÓMETRO
2	CERTIFICADO CALIBRACIÓN ISP CALIBRADOR ACÚSTICO
3	REGISTRO FOTOGRÁFICO

**RESPONSABLE DEL REPORTE (Llenar sólo ETFA)**

Fecha del reporte	23-ago-19
Nombre Representante Legal	MAYLEE SIUS ROJAS
Firma Representante Legal	



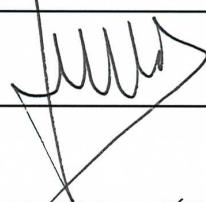
## FICHA DE INFORMACIÓN DE MEDICIÓN DE RUIDO

## IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

Receptor N°	11			
Calle	BELLAVISTA			
Número	4559			
Comuna	ANTOFAGASTA			
Datum	WGS84	Huso	195	
Coordenada Norte	7386151	Coordenada Este	357630	
Nombre de Zona de emplazamiento (según IPT vigente)	C-1b SUB CENTRO URBANNO			
N° de Certificado de Informaciones Previas*	NO CORRESPONDE			
Zonificación DS N° 38/11 MMA	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input checked="" type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> Rural				
<small>* Adjuntar Certificado de Informaciones Previas (Si corresponde, según consideraciones de Art. 8°, D.S. N° 38/11 MMA)</small>				

## CONDICIONES DE MEDICIÓN

Fecha medición	21 DE AGOSTO 2019			
Hora inicio medición	10:35 HORAS			
Hora término medición	11:02 HORAS			
Periodo de medición	<input checked="" type="checkbox"/> 7:00 a 21:00 h	<input type="checkbox"/> 21:00 a 7:00 h		
Lugar de medición	<input checked="" type="checkbox"/> Medición Interna	<input type="checkbox"/> Medición Externa		
Descripción del lugar de medición	Habitación ubicada al costado del pasillo que colinda con la fuente emisora			
Condiciones de ventana (en caso de medición interna)	<input checked="" type="checkbox"/> Ventana Abierta		<input type="checkbox"/> Ventana Cerrada	
Identificación ruido de fondo	NO SE PERSIBE RUIDO DE FONDO			
Temperatura [°C]	N/D	Humedad [%]	N/D	Velocidad de viento [m/s]

Nombre y firma profesional de terreno o Inspector Ambiental (IA)	MAYLEE SIUS ROJAS	
Institución, Empresa o Entidad Técnica de Fiscalización Ambiental (ETFA)	MUNICIPALIDAD DE ANTOFAGASTA, DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA	

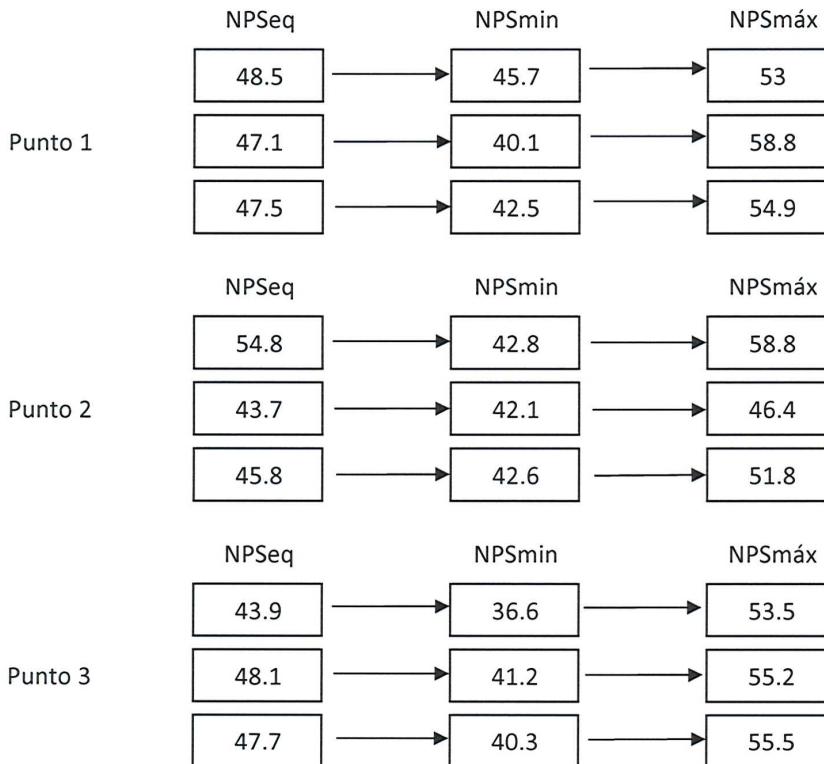
## Nota:

- Se deberá imprimir y completar esta página para cada receptor evaluado.
- Se podrán incluir fotografías del punto donde se ubique el sonómetro para la realización de la medición.
- Los datos de Temperatura, Humedad Relativa y Velocidad de viento, corresponderá para mediciones realizadas en el exterior.

## FICHA DE MEDICIÓN DE NIVELES DE RUIDO

## REGISTRO DE MEDICIÓN DE RUIDO DE FUENTE EMISORA

Identificación Receptor N°	11
<input checked="" type="checkbox"/> Medición Interna (tres puntos)	<input type="checkbox"/> Medición externa (un punto)



## REGISTRO DE RUIDO DE FONDO

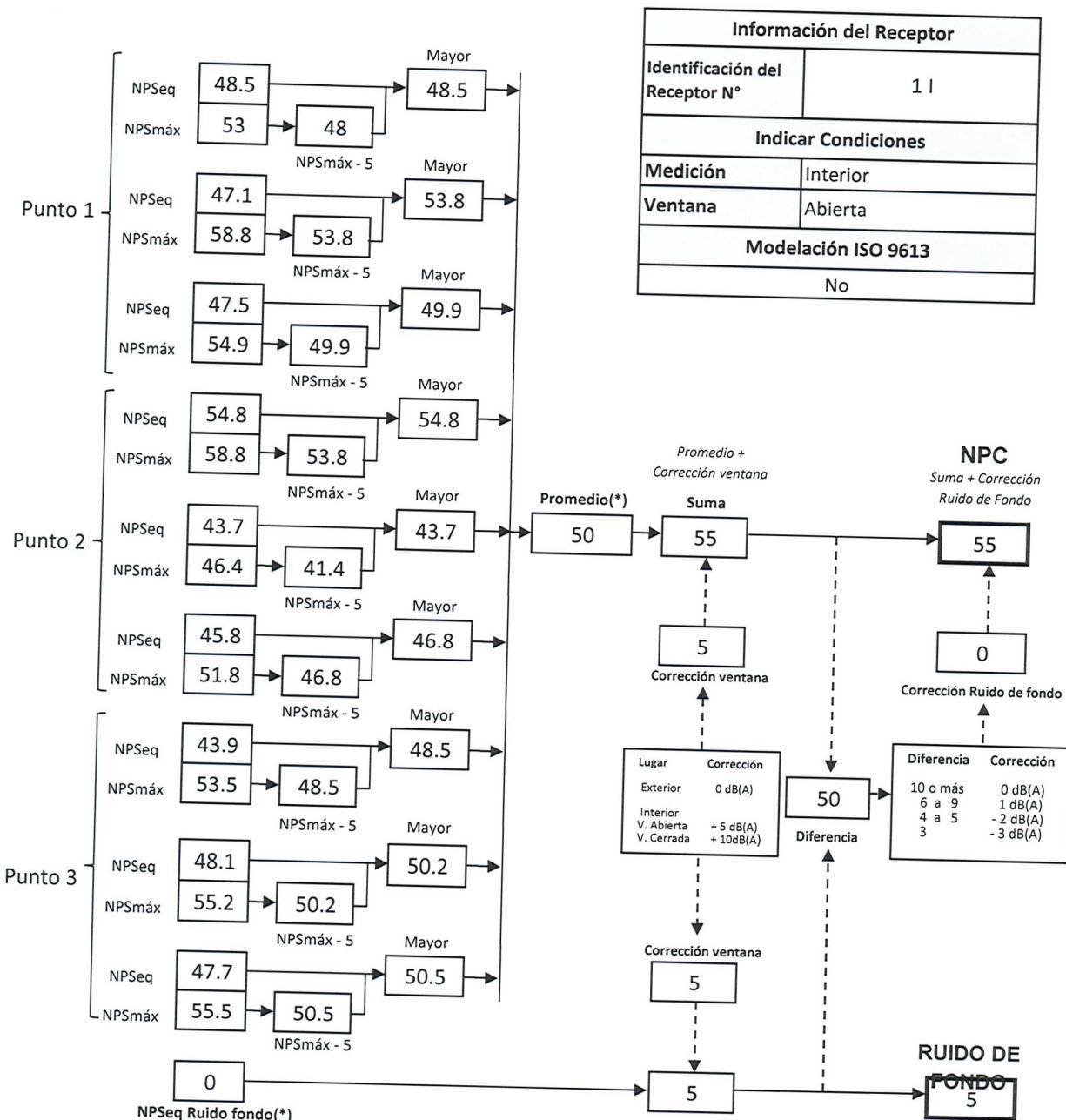
Ruido de fondo afecta la medición	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
Fecha:		Hora:

NPSeq	5'	10'	15'	20'	25'	30'

## Observaciones:

HABITACIÓN VENTANA ABIERTA, NO SE PERSIBE RUIDO DE FONDO SOLO LA DE LA FUENTE EMISORA

## FICHA DE EVALUACIÓN DE NIVELES DE RUIDO



(\*) Aproximar a números enteros

## FICHA DE EVALUACIÓN DE NIVELES DE RUIDO

## TABLA DE EVALUACIÓN

Receptor N°	NPC [dBA]	Ruido de Fondo [dBA]	Zona DS N°38	Periodo (Diurno/Nocturno)	Límite [dBA]	Estado (Supera/No Supera)
1I	55	0	III	Diurno	65	NO SUPERA
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-
			Seleccione	Seleccione	-	-

## OBSERVACIONES

SE REALIZARON MEDICIONES DEL NIVEL DE PRESIÓN SONORA EN EL RECEPTOR, EN INTERIOR, HABITACIÓN CONTINUA AL PASILLO QUE COLINDA LA FUENTE EMISORA. SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N°491/2016 DE LA SMA AL ESTAR TANTO LA FUENTE COMO EL RECEPTOR EN LA ZONA DENOMINADA C-1b SUB CENTRO URBANO, SE HOMOLOGA A ZONA III DEL D.S N°38/2011 DEL M.M.A

## ANEXOS

Nº	Descripción
1	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN ISP SONÓMETRO
2	CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN ISP CALIBRADOR ACÚSTICO

## RESPONSABLE DEL REPORTE (Llenar sólo ETFA)

Fecha del reporte	23-ago-19
Nombre Representante Legal	MAYLEE SIUS ROJAS
Firma Representante Legal	