



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: 04/sep/2018		1.2 Hora de inicio: 10:15		1.3 Hora de término: 10:30
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: Cyl Odontología SpA				
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: Avda San Miguel local 6		Comuna: Talca		Región: Del Maule
Coordenada Norte (WGS84): 6075553		Coordenada Este (WGS84): 261207		Huso: 19S X 18S
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: Rodolfo Calderon Rojas		Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): Avda San Miguel local 6		
RUT o RUN: 15.924.226-9		Teléfono: 71 2261503		Correo electrónico: rcalderon@clinicalascruces.cl
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: Leonor Sosa Alvarez				
RUT o RUN: 25.791.540-9		Teléfono: 71 2261503		Correo electrónico: contacto@clinicalascruces.cl
2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN				
2.1 X 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° 49 / 2015
		Otros Instrumentos (N° de Resolución / Año / Organismo)		
2.4 Otro(s) Instrumento(s):		Tipo N° Año Organismo emisor		
2.5 Objeto de la Inspección Ambiental:		Verificación implementación art. 21 PDA Talca-Maule		
3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN				
3.1 Existió oposición al ingreso: SI NO X		3.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: SI NO X		3.3 Existió Colaboración por parte de los fiscalizados: (En caso de ser negativo, se deben fundamentar los hechos en Observaciones) SI X 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
Karina Hernández Pontón		SEREMI de Salud		Karina

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se inicia la actividad de inspección ambiental dando a conocer al responsable del establecimiento Srta. Leonor Sosa Alvaré 3, la materia objeto de fiscalización corresponde a verificar tipo de calefacción implementada. de acuerdo al art. 21° del PDA Talca-Mauke, se encontró que:

El establecimiento no cuenta con calefactores a leña el tipo de calefacción implementada es a través de aire acondicionado, se toma fotografías.

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:

Leonor Sosa

