

**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>04/sep/2018</u>	1.2 Hora de inicio: <u>10: 15</u>	1.3 Hora de término: <u>10: 30</u>
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>CyV Odontología SPA</u>		
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Avenida San Miguel local 6</u>	Comuna: <u>Talca</u>	Región: <u>Del Maule</u>
Coordenada Norte (WGS84): <u>6075553</u>	Coordenada Este (WGS84): <u>261207</u>	Huso: <u>19S X 18S</u>
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>Rodolfo Calderon Rojas</u>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <u>Avenida San Miguel local 6</u>	
RUT o RUN: <u>15.924.226-9</u>	Teléfono: <u>712261503</u>	Correo electrónico: <u>rcalderon@clínicalascruces.cl</u>
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <u>Leonor Sosa Alvarez</u>		
RUT o RUN: <u>25.791.540-9</u>	Teléfono: <u>712261503</u>	Correo electrónico: <u>contacto@clínicalascruces.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>48/2015</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>Verificación implementación art. 21 PDA Talca-Maule</u>			

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

3.1 Existió oposición al ingreso: <u>SI NO X</u>	3.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: <u>SI NO X</u>	3.3 Existió Colaboración por parte de los fiscalizados: (En caso de ser negativo, se deben fundamentar los hechos en Observaciones) <u>SI X NO _____</u>
-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

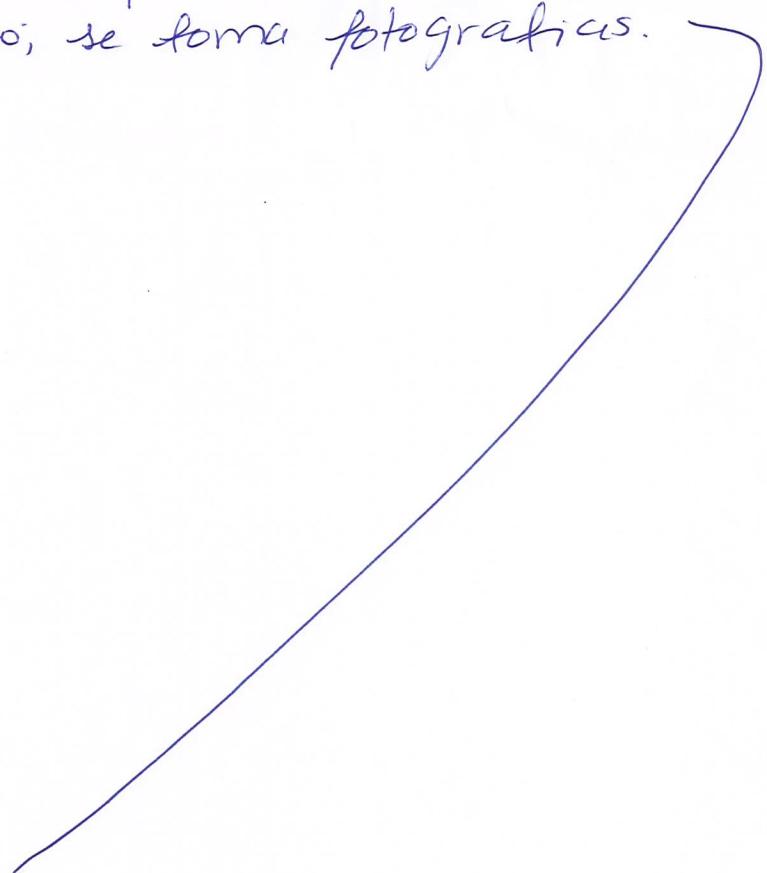
**4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones)**Sin observaciones**5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)**

Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
<u>Karina Hernández Pontón</u>	<u>SEREMI de Salud</u>	<u>Karina ..</u>

## 6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se inicia la actividad de inspección ambiental dando a conocer al responsable del establecimiento Srta. Leonor Sosa Alvaréz, la materia objeto de fiscalización corresponde a verificar tipo de calefacción implementada. De acuerdo al art. 21º del PDA Talca-Maul, 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.



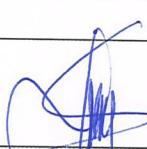
## 7. RECEPCIÓN DEL ACTA Y FIRMA ENCARGADO ACTIVIDAD FISCALIZADA

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 

C Y V ODONTOLOGIA SPA

