

ACTA DE INSPECCION AMBIENTAL

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

1. ANTECEDENTES

| | | |
|--|---|--|
| 1.1 Fecha de Inspección: 23 septiembre | 1.2 Hora de inicio: 13:00 | 1.3 Hora de término: 1 |
| 1.4 Nombre de la Unidad Fiscalizable: Hospital Marcos Macuada | 1.5 Estado operacional de la Unidad Fiscalizable (cuando corresponda): <i>en funcionamiento</i> <i>Calderas: No existen.</i> | |
| 1.6 Ubicación de la Unidad Fiscalizable: Santa Rosa s/n | Comuna: Tocopilla | Región: ANTOFAGASTA |
| 1.7 Titular(es) de la Unidad Fiscalizable: Hospital Marcos Macuada Humberto Argandoña Catuz | Domicilio Titular (para efectos de notificación): Santa Rosa s/n | |
| RUT o RUN: 61.606.203-4. 13.171.680-K. | Teléfono: 552654564 | Correo electrónico: director.70copilla@redsalud.pov.cl. |
| 1.8 Representante legal de la Unidad Fiscalizable: Humberto Argandoña Catuz | Domicilio: Santa Rosa s/n | |
| RUT o RUN: 13.171.680-K. | Teléfono: 552654564. | Correo Electrónico: director.70copilla@redsalud.pov.cl. |
| 1.9 Encargado o responsable de la Unidad Fiscalizable durante la Inspección: Max Porcel Saiz. | Domicilio: Santa Rosa s/n. | |
| RUT o RUN: 15.011.526-4 | Teléfono: 552654720 | Correo electrónico: max.porcel@redsalud.gob.cl. |

2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN

| | | | | |
|--|--|-----------------|---------------|-------------|
| 2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Programada | 2.2 <input type="checkbox"/> No programada | Denuncia: _____ | Oficio: _____ | Otro: _____ |
| (Detallar motivo brevemente) D.S 70/2010 art. 16. | | | | |

3. MATERIA ESPECÍFICA OBJETO DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL

D.S N° 70/2010

4. INSTRUMENTOS DE CARÁCTER AMBIENTAL FISCALIZADOS

D.S N° 70/2010, art. 16.

5. ASPECTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL

| | | |
|---|---|--|
| 3.1 Existió oposición al ingreso: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 3.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: SI <input type="checkbox"/> NO <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) SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|

5.1 Se ejecutó la Reunión Informativa: SI NO (En caso de que la respuesta sea negativa, indicar las causas que motivaron dicha situación)

En caso de que la respuesta sea afirmativa, responder lo siguiente:

- a) Se informaron las materias objeto de la fiscalización
- b) Se informó la normativa ambiental pertinente
- c) Se informó el orden en que se llevaría a cabo la inspección
- d) Se explicó brevemente los métodos que se usarían para documentar y registrar el estado en que se encuentra la Unidad Fiscalizable

SI NO _____
 SI NO _____
 SI NO _____
 SI NO _____

6. OBSERVACIONES ASOCIADAS A LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL

- 1- El Hospital se encuentra en funcionamiento,
- 2- En reunión inicial participa el sr. Max Porcel Saéz, Ingeniero en Prevención de Riesgos, donde se indaga el motivo de la fiscalización.

②



7. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

De acuerdo a lo declarado por el sr. Max Porcel, actualmente no existen instaladas en el Hospital calderas operadas por combustibles líquidos o sólidos

En visita a sector denominado como Calderas es posible constatar que se cuenta solo con termos para calentar agua sin uso de combustible líquido ó sólido.


Localización

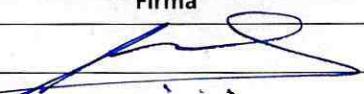
| Nº | Descripción |
|----|-------------|
| | |

Plazo envío de Documentos Pendientes en formato digital (en días hábiles) | Dirección de la (s) oficina (s) a las que debe ser enviada la información o antecedentes

9. FISCALIZADORES PARTICIPANTES (Comenzando el listado con el encargado(a) de las actividades de Inspección Ambiental)

| Nombre | Organismo | Firma |
|--------------------|-----------------|--|
| Rebeca Víos Puebla | Seremi de Salud |  |

10. OTROS ASISTENTES

| Nombre | Institución/Empresa | Firma |
|------------------|-----------------------------------|---|
| Mac Porcayo Sáez | Hospital Marcos Macuata Tocopilla |  |

11. RECEPCIÓN DEL ACTA

| | |
|--|--|
| 11.1 El Encargado o Responsable de la Unidad Fiscalizable recepcionó copia del Acta: (Marque con x según corresponda) | En caso de que el Acta no haya sido recepcionada, indique el motivo: Ausencia del Encargado _____ Negación de Recepción _____ Otro _____ |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Observaciones: (Detallar brevemente las circunstancias y/o acontecimientos ocurridos) |