

**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: <u>23 septiembre</u>		1.2 Hora de inicio: <u>13:00</u>		1.3 Hora de término: <u>1</u>	
1.4 Nombre de la Unidad Fiscalizable: <u>Hospital Marcos Mawada</u>			1.5 Estado operacional de la Unidad Fiscalizable (cuando corresponda): <u>en funcionamiento</u> <u>Calderas: No existen.</u>		
1.6 Ubicación de la Unidad Fiscalizable: <u>Santa Rosa S/N.</u>			Comuna: <u>Tocopilla</u>		Región: ANTOFAGASTA
1.7 Titular(es) de la Unidad Fiscalizable: <u>Hospital Marcos Mawada</u> <u>Humberto Argandoña Catur</u>			Domicilio Titular (para efectos de notificación): <u>Santa Rosa S/N</u>		
RUT o RUN: <u>61.606.203-4</u> <u>13.171.680-K</u>		Teléfono: <u>552654564</u>		Correo electrónico: <u>director.70copilla@nudsalud.gov.cl</u>	
1.8 Representante legal de la Unidad Fiscalizable: <u>Humberto Argandoña Catur</u>			Domicilio: <u>Santa Rosa S/N</u>		
RUT o RUN: <u>13.171.680-K</u>		Teléfono: <u>552654564</u>		Correo Electrónico: <u>director.70copilla@nudsalud.gov.cl</u>	
1.9 Encargado o responsable de la Unidad Fiscalizable durante la Inspección: <u>Max Porcel Sáez</u>			Domicilio: <u>Santa Rosa S/N</u>		
RUT o RUN: <u>15.011.526-4</u>		Teléfono: <u>552654720</u>		Correo electrónico: <u>max.porcel@nudsalud.gov.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: _____
	(Detallar motivo brevemente) <u>D.S 70/2010 art. 16.</u>			

**3. MATERIA ESPECÍFICA OBJETO DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL**

<u>D.S N° 70/2010</u>
-----------------------

**4. INSTRUMENTOS DE CARÁCTER AMBIENTAL FISCALIZADOS**

<u>D.S N° 70/2010, art. 16.</u>
---------------------------------

**5. ASPECTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL**

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

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 Sáez, Ingeniero en prevención de riesgos, donde se indica el motivo de la fiscalización.

3-

/

#### 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 o sólido.



/		
<b>Localización</b>		
<b>N°</b>	<b>Descripción</b>	
<b>Plazo envío de Documentos Pendientes en formato digital (en días hábiles)</b>	<b>Dirección de la (s) oficina (s) a las que debe ser enviada la información o antecedentes</b>	
<b>9. FISCALIZADORES PARTICIPANTES (Comenzando el listado con el encargado(a) de las actividades de Inspección Ambiental)</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Organismo</b>	<b>Firma</b>
<i>Rebeca Vios Puello</i>	<i>Seremi de Salud</i>	<i>Rebeca Vios Puello</i>
<b>10. OTROS ASISTENTES</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Institución/Empresa</b>	<b>Firma</b>
<i>Max Porcel Sáez</i>	<i>HOSPITAL MARCOS MACUADA TOCOPILLA</i>	<i>[Firma]</i>
<b>11. RECEPCIÓN DEL ACTA</b>		
<b>11.1 El Encargado o Responsable de la Unidad Fiscalizable recepcionó copia del Acta:</b> (Marque con x según corresponda)  SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>En caso de que el Acta no haya sido recepcionada, indique el motivo:</b>  Ausencia del Encargado _____ Negación de Recepción _____  Otro _____  <b>Observaciones:</b> (Detallar brevemente las circunstancias y/o acontecimientos ocurridos)	