

## ACTA DE INSPECCIÓN AMBIENTAL

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

### 1. ANTECEDENTES

1.1 Fecha de Inspección: 10-11-2024	1.2 Hora de inicio: 12:59	1.3 Hora de término: 13:32
1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Centro de Especialidades de la Rehabilitación</i>		
1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>2 sur #1038 3 y 4 oriente</i>	Comuna: <i>Talca</i>	Región: <i>del Maule</i>
Coordenada Norte (WGS84): <i>6076164</i>	Coordenada Este (WGS84): <i>258302</i>	Huso: 19S+ 18S
1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <i>Mariela Nere Pincetti</i>	Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <i>2 sur #1038 3 y 4 oriente</i>	
RUT o RUN: <i>76.066.542-6</i>	Teléfono: <i>92778880</i>	Correo electrónico: <i>administracion@saludlogistica.cl</i>
1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <i>Gloria Fuentes Gómez</i>		
RUT o RUN: <i>14.398.859-7</i>	Teléfono: <i>92778880</i>	Correo electrónico: <i>administracion@saludlogistica.cl</i>

### 2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN

2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Programada	2.2 <input type="checkbox"/> No programada	Denuncia: _____	Oficio: _____	Otro: _____
		Norma de Emisión		
		Plan de Prevención y/o Descontaminación Ambiental		
2.3 Instrumento(s) de Gestión Ambiental fiscalizado(s):	D.S. N° _____ / _____	D.S. N° _____ / _____	D.S. N° <i>48/2015</i>	D.S. N° _____ / _____
	Otros Instrumentos ( N° de Resolución / Año / Organismo)			
	N° _____ / _____ / _____	N° _____ / _____ / _____	N° _____ / _____ / _____	N° _____ / _____ / _____
2.4 Otro(s) Instrumento(s):	Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____ Tipo _____ N° _____ Año _____ Organismo emisor _____			
2.5 Objeto de la Inspección Ambiental:	<i>Art 21 PDS para los comunas Talca - Maule Prohibición uso de calefactores a leña en establecimientos comerciales y restaurantes, pubs, hoteles y oficinas</i>			

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

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

4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones)		
--	--	--

5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental)		
Nombre (Nombre, Apellidos)	Organismo (s)	Firma
<i>Monica Munoz Jum</i>	<i>Seremi de Salud</i>	<i>Monica Jum</i>

## 6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

① Al momento de la fiscalización se verifica que la instalación no utiliza colectores e lentes. ② La colección utilizada corresponde a Aires Acondicionados de los cuales se adjuntan 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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: