



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>08-11-19</u> | 1.2 Hora de inicio: <u>11:30</u> | 1.3 Hora de término: <u>12:30</u> |
| 1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>CALDERA A LEÑA EDIFICIO SAN RAMON</u> | | |
| 1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>RAMON FREIRE 515</u> | Comuna: <u>OSORNO</u> | Región: <u>DECIMA</u> |
| Coordenada Norte (WGS84): <u>5507046</u> | Coordenada Este (WGS84): <u>658145</u> | Huso: 19S <u>185</u> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: <u>COMUNIDAD EDIFICIO SAN RAMON</u> | Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): <u>RAMON FREIRE 515</u> | |
| RUT o RUN: <u>72368533</u> | Teléfono: <u>993596496</u> | Correo electrónico: <u>claudiosman@gmail.com</u> |
| 1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: <u>HENRY FLORES</u> | | |
| RUT o RUN: <u>16.584.578-1</u> | Teléfono: <u>—</u> | Correo electrónico: <u>—</u> |

| 2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN | | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| 2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Programada | 2.2 <input type="checkbox"/> No programada | Denuncia: <input type="checkbox"/> | Oficio: <input type="checkbox"/> | Otro: <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Instrumento(s) de Gestión Ambiental fiscalizado(s): | Norma de Emisión | | Plan de Prevención y/o Descontaminación Ambiental | |
| | D.S. N° <u>—</u> / <u>—</u> | D.S. N° <u>—</u> / <u>—</u> | D.S. N° <u>47115</u> | D.S. N° <u>—</u> / <u>—</u> |
| | Otros Instrumentos (N° de Resolución / Año / Organismo) | | | |
| 2.4 Otro(s) Instrumento(s): | Tipo <u>—</u> N° <u>—</u> Año <u>—</u> Organismo emisor <u>—</u> | Tipo <u>—</u> N° <u>—</u> Año <u>—</u> Organismo emisor <u>—</u> | | |
| | 2.5 Objeto de la Inspección Ambiental: <u>Verificación cumplimiento cap-III PDAO control de emisiones</u> | | | |

| 3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> |

| 4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>* Se solicita en un plazo de 15 días hábiles entregar a la SEMMI de Salud un informe de mediciones isotérmicas</u> |

| 5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental) | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| Nombre (Nombre, Apellidos) | Organismo (s) | Firma |
| <u>Bjorn Depm</u> | <u>Sevni Salud</u> | <u>[Firma]</u> |
| <u>Daniel Guayo</u> | <u>Sevni Salud</u> | <u>[Firma]</u> |

6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se da a conocer al Encargado de Establecimiento el Objetivo de la Fiscalización control de emisiones de Fuentes Fijas esp. III DS 47/15
 Calderas N° 1 marca Producto metal, modelo in 3000
 Consumo Nominal combustible 65 m³ Potencia Nominal 33,7 m² combustible 65 m³
 N° Registro potencia Sanitaria 050 225

* Se verificó en el Sistema Nete. que no se habido cumplimiento al periodo 2018

* por lo que se solicitan en un plazo de 15 días habilitar la presencia de 2 pares isocinéticos y Declaración de Insistencia periodo 2018 a la Seremi de Salud ubicada en calle Manuel Rodríguez N° 759 Osorno Oficina de portales

* Además se constata que al momento de la Fiscalización la Caldera N° 1 se encuentra apagada

* AÑO de implantación y funcionamiento de Calderas 2009.
 * SE ADJUNTAN FOTOCOPIAS

7. RECEPCIÓN DEL ACTA Y FIRMA ENCARGADO ACTIVIDAD FISCALIZADA

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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"/></p> | <p>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):</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Firma encargado actividad:

HELENA PLORES
 H.P.
 16.339.7731