



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: 26/09/2019 | | 1.2 Hora de inicio: 15:15 | | 1.3 Hora de término: |
| 1.4 Identificación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: Clinica Lincay S.A. | | | | |
| 1.5 Ubicación de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: calle 2 poniente N°1372 | | Comuna: TALCA | Región: DEL MAULE | |
| Coordenada Norte (WGS84): 6076672 | | Coordenada Este (WGS84): 257820 | | Huso: 19S + 18S |
| 1.6 Titular de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada: Clinica Lincay S.A. | | Domicilio Titular (para notificación por correo certificado): calle 2 poniente N°1372 | | |
| RUT o RUN: 76.842.600-7 | Teléfono: 209.974 | Correo electrónico: mantencion@clinicaincay.cl | | |
| 1.7 Encargado o responsable de la actividad, proyecto o fuente fiscalizada durante la Inspección: Cesar Ramirez Rivas. | | | | |
| RUT o RUN: 16.726.859-5 | Teléfono: 209.974 950991955 | Correo electrónico: mantencion@clinicaincay.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: _____ |
| 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° 49 / 15 | 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: | Articulos 36, 38, 39 y 42 del PM TALCA-MAULE DS 49 / 2015 SMA. | | | |
| 3. ASPECTOS RELATIVOS A LA EJECUCIÓN DE LA FISCALIZACIÓN | | | | |
| 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 ____ | | |
| 4. OBSERVACIONES (actividades pendientes, documentos solicitados y/o entregados, imprevistos, otras observaciones) Se toma fotografias de la caldera y se georeferencia su ubicación | | | | |
| 5. FISCALIZADORES (Comenzando el listado con el encargado de las actividades de Inspección Ambiental) | | | | |
| Nombre (Nombre, Apellidos) | Organismo (s) | Firma | | |
| Mónica Muñoz León | Seremi de Salud. | | | |
| Carandra Jairo Saavedra | Seremi de Salud | | | |



6. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Se verifica la presencia de caldera calefacción agua caliente
o Petroleo.

Fecha de la instalación 2010.

Combustible: Petroleo.

Uso: Calefacción de agua caliente

Nº de Registro SSMAV-98C.

Estado: en uso, operando

Coordenadas de ubicación de la caldera: 60° 76' 40" N; 25° 77' 94" E.

Potencia térmica: 200.000 Kcal/hr.

Fabricante: Sangiorgio Piana

Al momento de la fiscalización no se puede verificar ficha técnica
de la caldera sin embargo los datos fueron obtenidos del certificado
de Revisión y Pruebas de Calderas generadores de vapor y autoclaves

DS 48/1984, la caldera no cuenta con los datos en una placa.
Se otorga un plazo de 5 días hábiles para presentar la siguiente
documentación:

1. Certificado de Registro de Caldera de Salud.
2. Informe técnico de prueba de Caldera
3. Última declaración de emisiones al DS 138.
4. Informe de Resultados isotérmicos.

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:

Cesar Ramirez R.

Cesar Ramirez R.
16.726.859-5
E. Mantenimiento