

ACTA DE INSPECCION AMBIENTAL

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

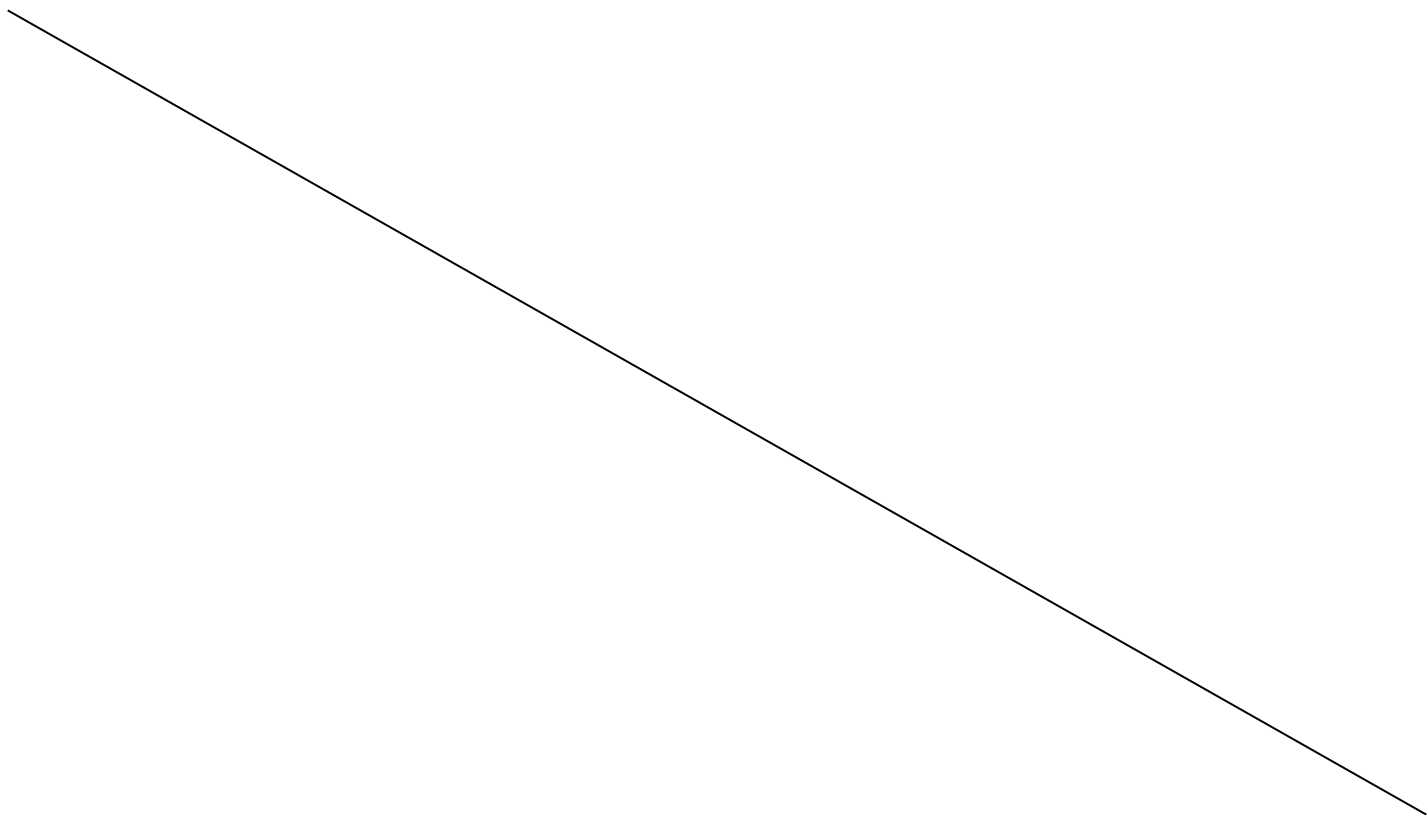
1. ANTECEDENTES				
1.1 Fecha de Inspección: 03 y 04 de septiembre de 2020		1.2 Hora de inicio: 22:10		1.3 Hora de término: 00:10
1.4 Nombre de la Unidad Fiscalizable: CENTRO MÉDICO INTEGRAMÉDICA PLAZA VESPUCIO			1.5 Estado operacional de la Unidad Fiscalizable: Operativa	
1.6 Ubicación de la Unidad Fiscalizable: Vicuña Mackenna N°7110			Comuna: La Florida	Región: Metropolitana
1.7 Titular(es) de la Unidad Fiscalizable: Integramédica S.A.			Domicilio Titular (para efectos de notificación): Vicuña Mackenna N°7110	
RUT o RUN: 76.098.454-K	Teléfono: 223536888		Correo electrónico: ggreeven@integramedica.cl	
1.8 Representante legal de la Unidad Fiscalizable: Gerardo Greeven Bobadilla			Domicilio: Los Militares N° 4777, Piso 8, Las Condes, Santiago, Región Metropolitana	
RUT o RUN: 15.455.782-2	Teléfono: 223536888		Correo Electrónico: ggreeven@integramedica.cl	
1.9 Encargado o responsable de la Unidad Fiscalizable durante la Inspección: --			Domicilio: --	
RUT o RUN --	Teléfono: --		Correo electrónico: --	
2. MOTIVO DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN				
2.1 <input type="checkbox"/> Programada	2.2 <input checked="" type="checkbox"/> No programada	Denuncia: <input checked="" type="checkbox"/>	Oficio: _____	Otro: _____
Atención de denuncia 180-XIII-2020, por ruidos emitidos por dispositivos.				
3. MATERIA ESPECÍFICA OBJETO DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL				
Manejo de Emisiones Acústicas				
4. INSTRUMENTOS DE CARÁCTER AMBIENTAL FISCALIZADOS				
D.S. N°38/11 MMA				

5. ASPECTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL

5.1 Existió oposición al ingreso: SI ____ NO__X__ (No aplica)	5.2 Se solicitó auxilio de la fuerza pública: SI ____ NO__X__ (No aplica)	5.3 Existió Colaboración por parte de los fiscalizados: (En caso de ser negativo, se deben fundamentar los hechos en Observaciones) SI ____ NO__X__ (No aplica)								
5.4 Se ejecutó la Reunión Informativa: SI ____ NO__X__ (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: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>a) Se informaron las materias objeto de la fiscalización</td> <td>SI ____ NO ____</td> </tr> <tr> <td>b) Se informó la normativa ambiental pertinente</td> <td>SI ____ NO ____</td> </tr> <tr> <td>c) Se informó el orden en que se llevaría a cabo la inspección</td> <td>SI ____ NO ____</td> </tr> <tr> <td>d) Se explicó brevemente los métodos que se usarían para documentar y registrar el estado en que se encuentra la Unidad Fiscalizable</td> <td>SI ____ NO ____</td> </tr> </table>			a) Se informaron las materias objeto de la fiscalización	SI ____ NO ____	b) Se informó la normativa ambiental pertinente	SI ____ NO ____	c) Se informó el orden en que se llevaría a cabo la inspección	SI ____ NO ____	d) Se explicó brevemente los métodos que se usarían para documentar y registrar el estado en que se encuentra la Unidad Fiscalizable	SI ____ NO ____
a) Se informaron las materias objeto de la fiscalización	SI ____ NO ____									
b) Se informó la normativa ambiental pertinente	SI ____ NO ____									
c) Se informó el orden en que se llevaría a cabo la inspección	SI ____ NO ____									
d) Se explicó brevemente los métodos que se usarían para documentar y registrar el estado en que se encuentra la Unidad Fiscalizable	SI ____ NO ____									

6. OBSERVACIONES ASOCIADAS A LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN AMBIENTAL

En el marco de la pandemia del COVID-19, el acta de inspección de la fiscalización ambiental se notificará al titular a través de correo electrónico a ggreeven@integramedica.cl y natalia.gonzalezp@integramedica.cl. No se visitan las instalaciones del titular.



7. HECHOS CONSTATADOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

Siendo las 22:10 horas del día 03 de septiembre de 2020, se realizó actividad de fiscalización a la Unidad Fiscalizable "CENTRO MÉDICO INTEGRAMÉDICA PLAZA VESPUCIO", con el objeto de medir los Niveles de Presión Sonora emitidos por esta actividad.

Para esto, se visitó vivienda del denunciante, desde cuyo interior se constataron ruidos emitidos por dispositivos ubicados en la techumbre de Integramédica Plaza Vespucio, por lo que se procedió a realizar una medición de Nivel de Presión Sonora desde el dormitorio del departamento, en condición interior, con ventana abierta.

El instrumental utilizado para estas mediciones, correspondió a un sonómetro marca 01dB, modelo Fusion 40CD, número de serie 12223; con su respectivo calibrador 01dB, modelo CAL31, número de serie 88150.

Los Niveles de Presión Sonora, así como posición del sonómetro, instrumental utilizado, entre otros, quedan registrados en Fichas de Reporte Técnico aprobadas por Res. Ex. N°693/2015 SMA.

Los resultados de la medición fueron los siguientes:



Receptor N°1, inicio de medición 23:00. Condición de medición interior con ventana abierta.			
Punto	NPSeq (dBA)	Mín (dBA)	Máx (dBA)
1	49,4	46,2	52,1
2	49,3	46,8	52,9
3	48,3	46,7	51,6
4	48,9	44,8	52,8
5	46,1	44,8	48,8
6	46,4	45,3	49,4
7	45,3	44,1	48,5
8	47,8	44,2	49,6
9	46,4	43,3	48,7

Dado que la fuente de ruido era de funcionamiento continuo, se realizó la medición de ruido de fondo desde un punto de la misma vivienda desde donde no se percibiera la fuente, pero con las mismas condiciones de ruido de fondo, optando por efectuar este registro desde el Living del departamento. Como resultado, se obtuvo un nivel de 38 dBA a los 5 minutos y de 37,4 dB a los 10 minutos, registrándose ruidos productos del tráfico vehicular lejano.

8. DOCUMENTOS PENDIENTES DE ENTREGAR POR PARTE DEL TITULAR

N°	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
Evelyn Fuentes Díaz	SMA	
Matías Tapia Riquelme	SMA	

10. OTROS ASISTENTES

Nombre	Institución/Empresa	Firma

11. RECEPCIÓN DEL ACTA

11.1 El Encargado o Responsable de la Unidad Fiscalizable recepcionó copia del Acta: (Marque con x según corresponda) SI _____ NO <u>X</u> _____	En caso de que el Acta no haya sido recepcionada, indique el motivo: Ausencia del Encargado _____ Negación de Recepción _____ Otro <u>X</u> _____ Observaciones: (Detallar brevemente las circunstancias y/o acontecimientos ocurridos) Dado el contexto de pandemia por COVID-19, se enviará la presente acta a través de correo electrónico.
--	--