

Folio:

Fecha:

En SAN GABRIEL, a 12 de MAYO del año 2017 siendo las 08:00 horas, el (la) señor (a): OSCAR AYANZO ABEN AGUANTO funcionario (a) de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región MAGALLANES se constituyó en visita de inspección en PLANTA DE TRATAMIENTO LÍQUIDOS Y SÓLIDOS EN KN21 NORTE DUTA CH255 N° 16-1B, comuna de SAN GABRIEL Propiedad de TRATAMIENTOS LÍQUIDOS Y SÓLIDOS MAGALLANES RUT N° 76720045-K, con domicilio en KN21 NORTE DUTA CH255 LOS GISEÑES LOT. N° 16-1B comuna de SAN GABRIEL, representado por IVAN AGUILA.
RUT N° 8 00 47 799-5 con domicilio en KN21 NORTE DUTA CH255 LOS GISEÑES
N° lote 16-1B, comuna de SAN GABRIEL teléfono _____

1.- RAZÓN DE VISITA:

(Fiscalización, denuncia u otro)

Verificación de funcionamiento

2.- HECHOS CONSTATADOS

Se constata lo siguiente:

- 1) Acopio de neutráticos noventistas de las siguientes empresas:
 - a) Importadora y comercial porte parpuez y compañía limitada, con 600 neutráticos noventistas con fecha 08/05/2017, 650 unidades de neutráticos con fecha 4/04/2017, 550 unidades de neutráticos con fecha 20/03/2017.
 - b) Petromatavantes limitada, 10 unidades de neutrático con fecha 20/03/2017 y 10 unidades de neutráticos con fecha 24/03/2017.
 - c) ESTERAS GUIC y compañía limitada con 25 unidades noventistas con fecha 13/12/2016.
 - d) Socieras Nostas Improbiana (zona franca) 7650 unidades de neutráticos con fecha 13/11/2016.
- 2) Se constata Acopio de bales en fajas en proceso de deshidratación de la siguientes empresas:
 - a) Productos raninos Puerto Williams impresos 20 m³ con fecha 13/01/2017.
 - b) Perpetua Tomas Del Paine 42 m³ impresos con fecha 06/01/2017.

Ivan Aguila M.
Nombre funcionario y firma

OSCAR AYANZO
Nombre funcionario y firma

Oscar Ayanzo
Nombre funcionario y firma

Ivan Aguila M.
Nombre funcionario y firma

[Firma]
Nombre Representante y firma

ORIGINAL

ACTA 27155

Folio:

Fecha:

En _____, a _____ de _____ del año _____ siendo las _____ horas, el (la) señor (a): _____ se
funcionario (a) de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región _____ se
constituyó en visita de inspección en _____, ubicado en _____,
Nº _____, comuna de _____,
Propiedad de _____, con
domicilio en _____, RUT Nº _____, con
RUT Nº _____, representado por _____, comuna de _____,
Nº _____, con domicilio en _____, teléfono _____

1.- RAZON DE VISITA:
(Fiscalización, denuncia u otro)

continuación Acta Folio 27154

2.- HECHOS CONSTATADOS

(C) Contrap Chile S.A. 10 m³ impresos el 25/02/2017, no m³
18/02/2017, 20 m³ 12/01/2017 y 20 m³ 14/06/2016
(D) Compañía Trasmal S.A. 44 m³ con fecha impresos 08/07/2016
(3) Sitio propio de Neutricos no cuenta con impresos
hizquierda ni pastel en toros su perimetria.
Don todo lo antes expuesto, se en no contar con autorización
con Sanitaria expresa de funcionamiento por parte de la
Gerencia de Salud de Magallanes de da inicio a Sumario Sanita-
rio Don infringe el LOMBO Sanitario DFL 725/67 del
Ministerio de Salud. Y DELN'A de 1989 del Ministerio de
Salud que determina: MATERNAS que representan AUTORIZACIÓN
Sanitaria expresa, además en el presente Dto ADMINISTRAA
tivo se realiza prohibición de FUNCIONARIOS de la ACTU-
VAD, hasta la obtención de las AUTORIZACIONES correspondien-
tes. LA EMPRESA DEBENA presentar un escrito sus descargos
EN LA OFICINA DE PARTES DE LA GERENCIA DE SALUD DE MAGALLANES
Y ANTARTICA CHILENA, ubicada en Bulnes 0136, Punta Arenas,
con fecha máxima de plazo 19 de mayo de 2017 (19/05/2017)

Abner Aguirre Vidal

Rut. N° 14.219.940-8

Ingeniero Ambiental

FISCALIZADOR

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Deplo. Acción Sanitaria

Nombre funcionario y firma

Nombre Representante y firma

ORIGINAL

Folio:

Fecha:

En _____, a _____ de _____ del año _____ siendo las _____ horas, el (la) señor (a): _____
funcionario (a) de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región _____ se
constituyó en visita de inspección en _____, N° _____, comuna de _____, ubicado en _____
Propiedad de _____, RUT N° _____, con _____
domicilio en _____, N° _____, comuna de _____
RUT N° _____, representado por _____
N° _____, con domicilio en _____, teléfono _____

1.- RAZÓN DE VISITA:
(Fiscalización, denuncia u otro)

continuación de las folios 27154, 27155

2.- HECHOS CONSTATADOS

SE OBSERVÓ LOS MENÚS DE PUEBLO DE PUERTO VIAL, Y
ADEMÁS EN DICHO ESTABLECIMIENTO INDIVIDUALIZACIÓN AL REPRESENTANTE
LEGAL DE LA EMPRESA Y ACOMPAÑAR LOS DOCUMENTOS EN QUE
CONSTE LA PERSONERÍA DE DICHO REPRESENTANTE LEGAL. SE REZA
CIRCUNSTANCIA QUE EL REPRESENTANTE LEGAL ES D. PEDRANO MONTE-
PILLO Y, RUT 6.962.423-5. PARA CONSTANCIA SE TOMEAN FOTOCOPIAS DE LOS
Y FIRMAN EL ACTA LAS PERSONAS ANTES INDIVIDUALIZADAS
Y SE ENTREGA COPIA DEL ACTA

ABRAHAM AGUIRRE VIDAL
N° 14.219.940-8
Ingeniero Ambiental
FISCALIZADOR
Dep. de Acción Sanitaria
Regional de Salud Magallanes y Antártica Chilena

Nombre funcionario y firma

Nombre funcionario y firma

Nombre funcionario y firma

Nombre representante y firma

ORIGINAL