

FORMULARIO DE DENUNCIAS DE RUIDO

Antes de completar este formulario usted debe considerar lo siguiente:

- **Es indispensable** completar cada uno de los ítems que se solicitan, de manera ordenada, clara y precisa, utilizando letra imprenta.
- **Tener presente** los artículos 21¹ y 47² de la Ley Orgánica de la Superintendencia del Medio Ambiente, referidos a la presentación de denuncias y sus requisitos.
- **Las comunicaciones formales** que realiza la Superintendencia del Medio Ambiente con el denunciante se efectúan a través de **Carta Certificada**, por lo que es esencial **indicar correctamente su domicilio**. En caso de que éste se encuentre en zona rural, debe indicar una casilla de correos o un domicilio ubicado en zona urbana para que la notificación se lleve a cabo correctamente (donde usted reciba correspondencia).
- **Considerar** que a las siguientes fuentes no le es aplicable la norma de emisión de ruidos contenida del decreto supremo N° 38 de 2011:
a) la circulación de medios de transporte en vías públicas; b) el tránsito aéreo; c) la actividad propia del uso de viviendas y edificaciones habitacionales; d) el uso del espacio público; e) sistemas de alarma y de emergencia; f) voladuras y/o tronaduras.
- **Para conocer el estado de tramitación** de su denuncia, debe ingresar a oac.sma.gob.cl, o llamar al teléfono +56 2 2617 1800.

¹ Artículo 21 LO-SMA, "Cualquier persona podrá denunciar ante la Superintendencia el incumplimiento de instrumentos de gestión ambiental y normas ambientales, debiendo ésta informar sobre los resultados de su denuncia en un plazo no superior a 60 días hábiles. En el evento que producto de tales denuncias se iniciare un procedimiento administrativo sancionador, el denunciante tendrá para todos los efectos legales la calidad de interesado en el precitado procedimiento"

² Artículo 47 LO-SMA, "El procedimiento administrativo sancionatorio podrá iniciarse de oficio, a petición del órgano sectorial o por denuncia.

Se iniciará de oficio cuando la Superintendencia tome conocimiento, por cualquier medio, de hechos que pudieren ser constitutivos de alguna infracción de su competencia. Se iniciará a petición del órgano sectorial, por su parte, cuando tome conocimiento de los informes expedidos por los organismos y servicios con competencia en materia de fiscalización ambiental, los que deberán ser evacuados de conformidad a lo establecido en esta ley y contener en especial la descripción de las inspecciones, mediciones y análisis efectuados así como sugerir las medidas provisionales que sean pertinentes decretar.

Las denuncias de infracciones administrativas deberán ser formuladas por escrito a la Superintendencia señalando lugar y fecha de presentación, y la individualización completa del denunciante, quien deberá suscribirla personalmente o por su mandatario o representante habilitado. Asimismo, deberán contener una descripción de los hechos concretos que se estiman constitutivos de infracción, precisando lugar y fecha de su comisión y, de ser posible, identificando al presunto infractor.

La denuncia formulada conforme al inciso anterior originará un procedimiento sancionatorio si a juicio de la Superintendencia está revestida de seriedad y tiene mérito suficiente. En caso contrario, se podrá disponer la realización de acciones de fiscalización sobre el presunto infractor y sin ni siquiera existiere mérito para ello, se dispondrá el archivo de la misma por resolución fundada, notificando de ello al interesado."

1. INDIQUE SU DOMICILIO (donde recibe correspondencia). *(Campo obligatorio)*

Calle
Capitán luis alcazar
Número
Comuna Quellon
Región Los lagos
Casilla de correos

2. INDIVIDUALIZACIÓN DEL DENUNCIANTE. *(Campo obligatorio)*

Nombres/Razón Social/Institución Rigoberto	Sexo		
	Hombre X	Mujer	
Apellidos Ruiz	Género		
	Masculino X	Femenino	Otro
Cédula de identidad/Rol único tributario 9.525.970-7			
Número de teléfono móvil del denunciante 940276589			
Número de teléfono fijo del denunciante			
Dirección de correo electrónico del denunciante quellonmedioambiente@gmail.com			

2.1. EN CASO DE SER REPRESENTANTE O APODERADO (adjuntar poder).

Nombre y apellidos del representante/Apoderado
Cédula de identidad del representante/Apoderado
Calle
Número
Comuna
Región
Casilla de correos

3. IDENTIFIQUE AL POSIBLE INFRACTOR O POSIBLES INFRACTORES.

Nombre completo/Razón Social/Institución astillero
Cédula de identidad/Rol único tributario
Tipo de actividad que desarrolla el potencial infractor (marque con una X) <i>(lista en orden alfabético)</i> <input type="checkbox"/> Centro cultural (teatro, salas de ensayo) <input type="checkbox"/> Centro de eventos y/o convenciones <input type="checkbox"/> Centro de salud (consultorios, hospitales, clínicas, veterinarias) <input type="checkbox"/> Comercio de abarrotes (hipermercados, supermercados, minimarket, bodegas) <input type="checkbox"/> Comercio de barrio (carnicerías, almacenes, panaderías)

- Construcción/Inmobiliario
- Dispositivos (generadores, aire acondicionado, ventiladores, compresores)
- Establecimiento educacional (jardín infantil, colegio, liceo, instituto, universidad)
- Iglesia o centro de culto
- Industrial de gran envergadura
- Local comercial (mall, stripcenter, grandes tiendas)
- Local nocturno o de entretenimiento (bar, karaoke, discoteque, casino)
- Recinto deportivo (club deportivo, gimnasio, estadio, canchas)
- Servicio de alojamiento (hotel, hostel, camping)
- Servicio de comida (restaurant, carro de comida)
- Taller de oficios (mecánico, costura, alfarería)
- Terminal de transporte (estación de trenes, terminal de buses, puerto, aeropuerto)
- Otra _____

4. DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DE LOS HECHOS DENUNCIADOS.

Lugar donde ocurren los hechos denunciados <i>(Campo obligatorio)</i>
Calle Capitán Luis Alcázar
Número
Comuna Quellón
Región Los Lagos

Describa los hechos denunciados. (Campo obligatorio)

(Explicar en detalle y con claridad, cada uno de los hechos que denuncia, e indicar, según la información que usted posee, cuales son las actividades y/o dispositivos que originarían el ruido que denuncia)

Frente a nuestros hogares se encuentra el astillero artesanal con concesión marítima, el cual genera ruidos en forma continua durante todo el día, fuera de horarios de trabajo, fines de semana o feriados. Estos ruidos provienen de golpes, maquinarias, soldaduras, entre otros equipos que han mermado la tranquilidad de nuestros hogares. Esto se ve en que muchos de nuestros vecinos están con problemas auditivos y otros problemas de salud. Varios de los vecinos somos adulto mayor por lo que es preocupante la situación de salud que puede ocasionar. En los últimos años esta concesión marítima esta arreglando o fabricando entre 4 a 5 lanchas de gran tamaño, donde en forma permanente se está alterando la tranquilidad de nuestros hogares. Además cercano a este lugar también se encuentra el humedal urbano que con el aumento de la producción a generado un fuerte impacto en la tranquilidad de las aves, existe un servicio de salud y además un jardín infantil con sala cuna. El astillero no cuenta con ningún tipo de elemento que ayude a disminuir el impacto sonoro en los hogares ni el medio ambiente. Por lo que solicitamos poder hacer estudio de ruidos para ver si cumple con la norma

Caracterización del ruido

Continuo (24 horas al día)

Periódico (todos los días, pero solo en algunos horarios)

Esporádico u ocasional (solo algunos días y/o en algunos horarios muy específicos)

Puntual (solo ocurrió una vez)

Horarios de mayor generación del ruido	8 a las 20:00 hres
Día(s) de mayor generación del ruido	Lunes a sábado
Horarios de funcionamiento de la fuente denunciada	Todos los días, dependiendo de la producción
Desde cuando se ve afectado por el ruido	Mas de 10 años
Distancia aproximada entre su domicilio y el lugar de generación del ruido denunciado (Ej. Colindante, en la misma cuadra, etc.)	Colindante, misma cuadra
Identifique a los potenciales afectados por el hecho denunciado	
Nº aproximado de personas que identifica como afectadas con el ruido denunciado	100
<p>Caracterización de las personas afectadas. Marque con una X si es que dentro de los afectados se encuentran personas con alguna de las siguientes condiciones: <i>(En la medida de lo posible, acompañar documentos de respaldo que avalen la condición informada)</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> _X_ Mujeres embarazadas. ¿Cuántas?</p> <p><input type="checkbox"/> _X_ Personas en situación de discapacidad y/o movilidad reducida. ¿Cuántas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Personas de tercera edad (>65 años). ¿Cuántas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Lactantes o menores de 6 años. ¿Cuántos?</p> <p><input type="checkbox"/> _X_ Personas con condición desfavorable, avalada por un facultativo del área de la salud. ¿Cuántas? Describe la condición médica Problemas auditivos</p>	
<p>Caracterización del entorno afectado. Marque con una X si es que cercano a la fuente de ruido, se encuentra alguna de las siguientes instalaciones:</p>	

Salas cunas, jardines infantiles, guarderías o similares

Establecimiento de educación básica, media, superior y/o técnica

Centro de atención de salud (CESFAM, consultorios, SAPU, hospitales, centros psiquiátricos u otros)

Casas de retiro o centros de cuidado de adultos mayores

5. ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS A LA DENUNCIA.

Señale, si conoce, otros Instrumentos de Gestión Ambiental que podrían haber sido infringido en razón de los hechos denunciados (Resolución de Calificación Ambiental, Norma de Emisión, Plan de Descontaminación, etc.)	
Norma de emision	
Indique documentos que acompaña para complementar y/o acreditar los hechos denunciados (Informes, fotografías, filmaciones, antecedentes aportados por otros organismos, permisos municipales, informes sanitarios, registros de niveles de ruido, gestiones hechas en el municipio, etc.)	
Denuncia municipal Fotografía Informes medico	

6. INDIQUE SI HA PRESENTADO OTRAS DENUNCIAS POR LOS MISMOS HECHOS.

SMA no	ID denuncia SMA
Otro organismo	Identificador organismo sectorial

FIRMA DEL DENUNCIANTE. Para que su denuncia sea válida ante la SMA y usted tenga el carácter de interesado ante un eventual procedimiento sancionatorio, es necesario que su denuncia tenga su firma. *(Campo obligatorio)*

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Rigo Berto Ruiz', written over a horizontal line.

Rigo BERTO

RUIZ

Ministerio de Salud

S.S. Chiloé
Quellón [CESFAM]

Fecha : 25-09-2020
9:12:42

N° CERTIFICADO : 357382273

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

PACIENTE :

R.U.N. : 9.525.970-7
Nombre : Jose Rigoberto Ruiz Chiguay

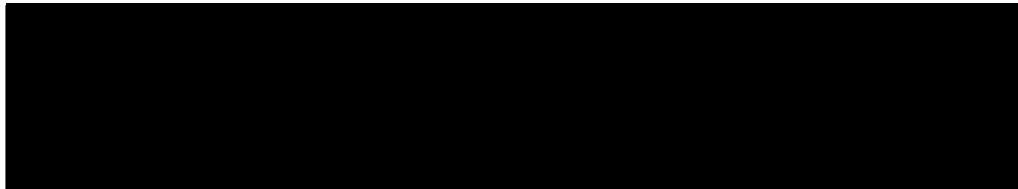
PROFESIONAL :

R.U.N. : 16.638.770-1
Nombre : Rodrigo Oyanedel Machuca

TIPO DE ATENCIÓN :

Otras Morbilidades

Indicaciones :




DR. RODRIGO OYANEDEL M.
Rut. 16.638.770-1
MEDICO GENERAL

Roberto Oliver Alarcón

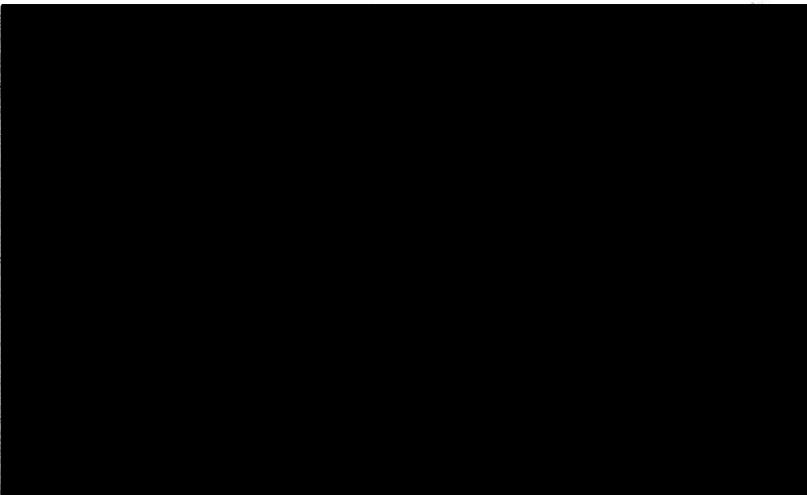
Médico Cirujano

Rut.: 13.112.207-1 RCM: 31110-3

Centro Médico El Bosque
Serrano N°458 Castro, Chile

Nombre: Roberto Oliver Alarcón
Edad: 58 Rut.: 13.112.207-1
Dirección: Centro Médico El Bosque

Rp.:



21/11/2020
Fecha

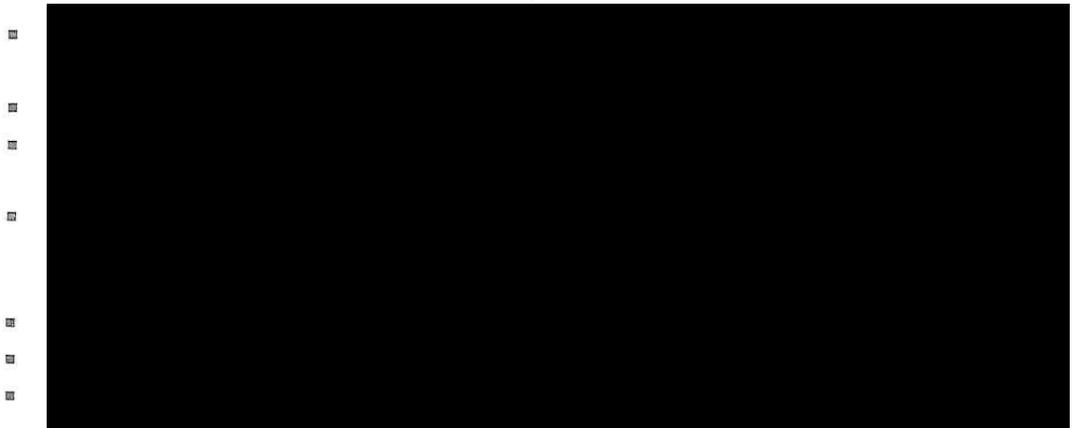
Roberto Oliver Alarcón
RUT: 13.112.207-1
Médico Cirujano

Firma y Timbre

ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL

Solicitado por: DR. ROBERTO OLIVER.
Diagnóstico clínico: TDF.

El examen realizado al (la) paciente **JOSE RIGOBERTO RUIZ CHIGUAY, 55 años** ha dado el siguiente resultado:



CONCLUSIÓN ECOGRÁFICA:



Roberto Oliver Alarcón
RUT: 13.112.207-1
Médico Cirujano

Centro Médico EIBosque
Serrano 458 Castro
Fono: 65 2638500
285


Dra. Daniela Bracho Sánchez
Médico Radiólogo
ECO-SUR

Handwritten notes:
Historia en consulta
Atc mls
A: TDF. 21/9/2020

RECETA

DÍA	MES	AÑO
25	P	2020

N° 06148

Nombre: Jose Ruiz Chaparro
Dirección: _____
Edad: 55 - Rut: 95299707 - Fono: _____
Diagnóstico: Sin T. mas.

Rp.



DR. RODRIGO *[Signature]* ANEDEL M.
Rut. 16.638.770-1
MEDICO GENERAL

Nombre y Firma

*Estimado usuario, bajo su autorización y consentimiento acepta libremente
Adquirir el medicamento en farmacias privadas*



№

RECLAMOS PROBLEMAS AMBIENTALES

ANTECEDENTES	
Fecha	23/09/2020.
Nombre	Rosoberto Ruiz.
Mail	
Teléfono de contacto	40276589
Comuna	Quilón
Dirección	Cop. Juan Alcazar.
Sector	() RURAL (X) URBANO
Nombre del sector	Cop. Juan Alcazar.
Pertenece junta vecinos ¿Cuál?	() SI (X) NO
Pertenece a una comunidad indígena ¿Cuál?	() SI (X) NO
Materias de reclamo	<input type="checkbox"/> NO pasa el servicio de recolección de basura <input type="checkbox"/> NO hay contenedores en mi sector/Mal estado <input type="checkbox"/> Malos olores <input checked="" type="checkbox"/> Ruidos molestos <input type="checkbox"/> Rebalse de Pozos Negros <input type="checkbox"/> Presencia de plagas <input type="checkbox"/> Limpieza de calles o ríos <input checked="" type="checkbox"/> Otro... <u>Asfitero industrial</u>
Se adjunta documento ¿Cuál?	() SI (X) NO

() Marque con una X

El Asfitero genera Ruido molesto
 dentro a la población, gente con problemas
 de oídos, niños que juegan y que se
 contaminan, se sugiere. Solicitar
 Ruido, Hedor, cierre. perimetral.
 Ver documentación.
 También hoy soldadura



Carné de Control de Salud

Quellón - Chiloé

Nº Filia: _____

R.U.T.: 9.396.243-5.

Nombre: Luis Osborn Silva del Río

Fecha Nacim.: 01/06/1967, Previsión: Fonasa

Dirección: Cop. Par Luis alcazar # 908

Sector: Rutahof

PROGRAMA

PSCU

FECHA DE INGRESO

29-05-2018

Cuide este carné, que tiene su historia de salud.
Llévelo cada vez que acuda a sus controles

*¡Cuidese,
es su responsabilidad,
el equipo de salud
solo la apoya y la ayuda!*



CENTRO DE SALUD FAMILIAR
QUELLÓN - CHILOE

Teléfono: _____

2019



Cecof Rukalaf

CITACION

Fecha: 17-03-20

Hora: 14:40

Profesional: Electrocardiograma

Debe asistir 5 min. antes de su hora y registrar su llegada en SOME.

En caso de no poder asistir, favor avisar por teléfono.

Fono Cecof: 065-2683481.

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE EDUCACIÓN Y SALUD DE QUELLÓN



SOLICITUD DE RADIOGRAFIA

PREVISIÓN: FONASA

NOMBRE: Srta. Odilma Sotro Del Rio

RUT: 9396243-S N° FIGHA: /

F. NAC: 01/07/62 EDAD: 57

ESTABLECIMIENTO: Recubidos

DIAGNÓSTICO: Torax en ortostato

SOLICITUD DE RADIOGRAFÍA:

1- Torax AP L

2- AP

17/02/20

FECHA SOLICITUD

Pablo Herrera N. Médico Cirujano
Rut: 17.402.728-9
RCM: 39709-3

FIRMA

F. CITACIÓN: _____ HORA: _____



Carné de Control
CESFAM
Quellón - Chiloé

Nº Flia: _____

R.U.T.: 11.702.006.113-3

Nombre: Glafira Aldamiro Viqueo

Fecha Nacim.: 10/3/1964 Previsión: Tercera A.

Dirección: Compañía de Gas - Alameda 997

Sector: Compañía de Gas

PROGRAMA

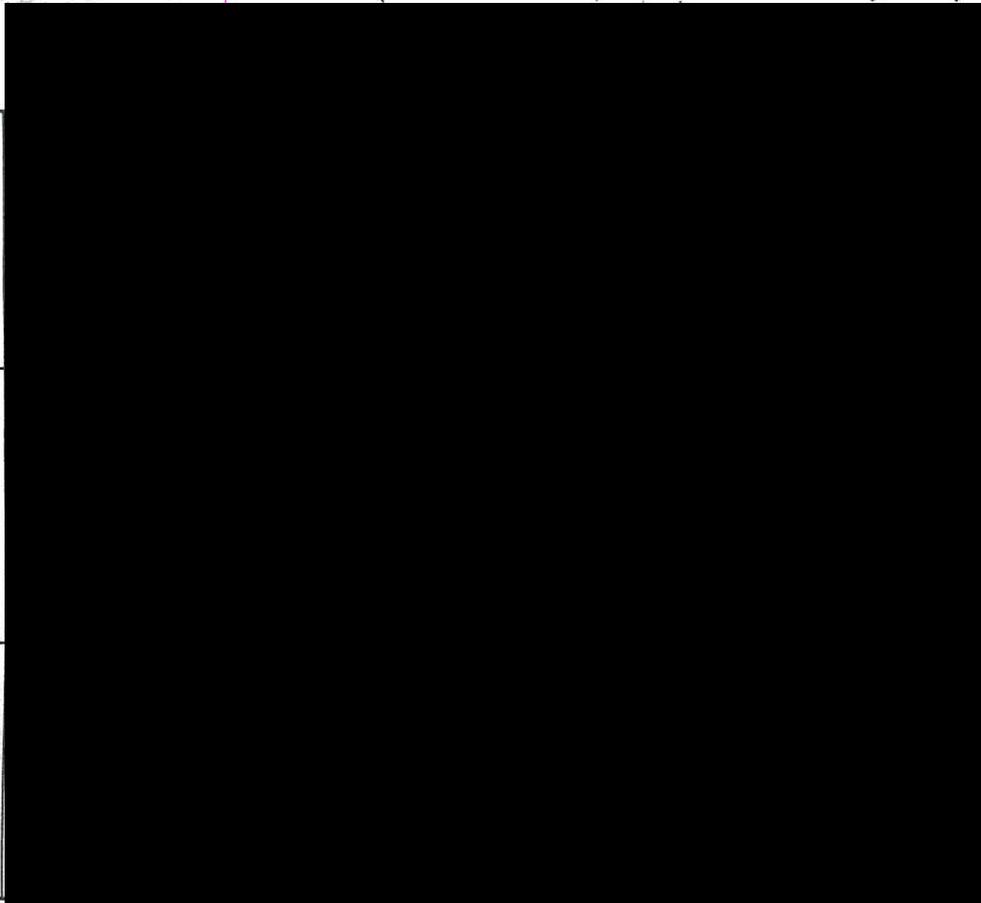
FECHA DE INGRESO

PROGRAMA	FECHA DE INGRESO
	<u>Renovado 11/6/20</u>

**Cuide este carné, que tiene su historia de salud.
Llévelo cada vez que acuda al CESFAM**

ENTREGA MEDICAMENTOS

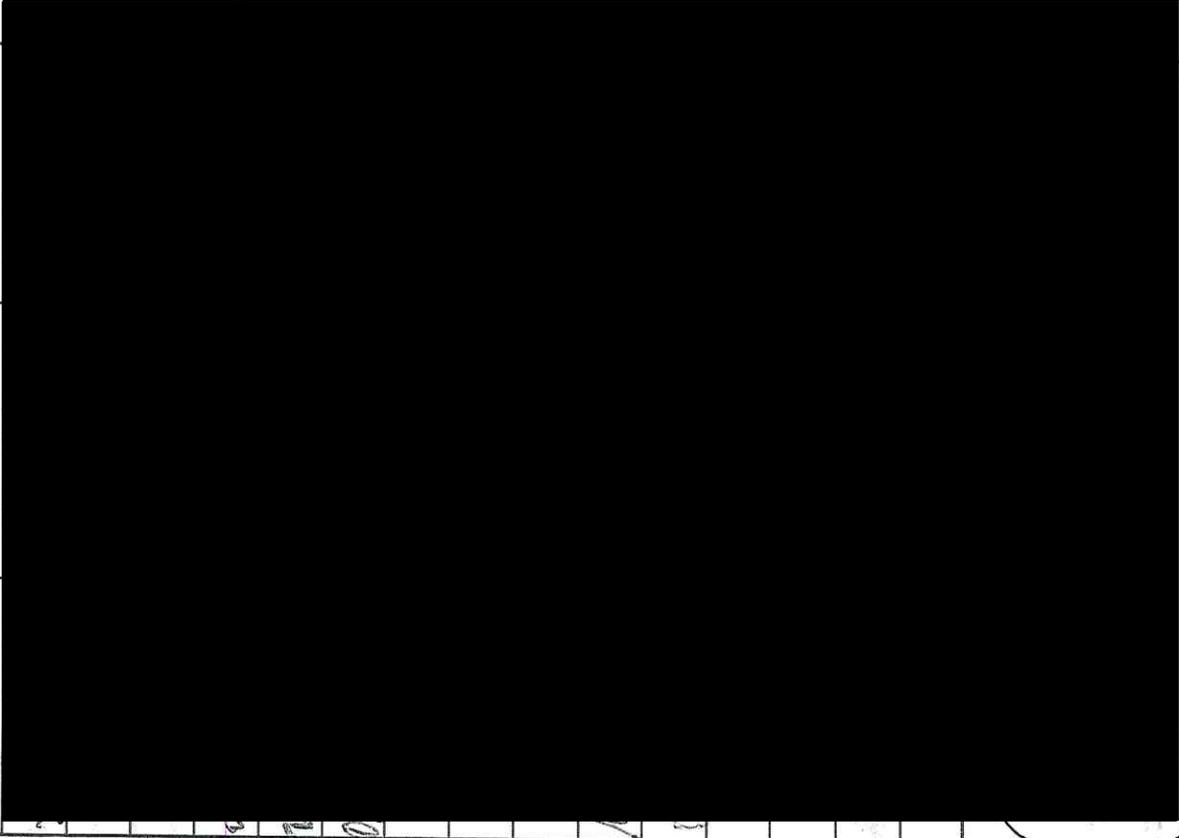
FECHA ENTREGA	ENTREGA MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
---------------	----------------------	--------------



Tomar los medicamentos como se los indica el médico.
No tomar medicamentos sin indicación médica.

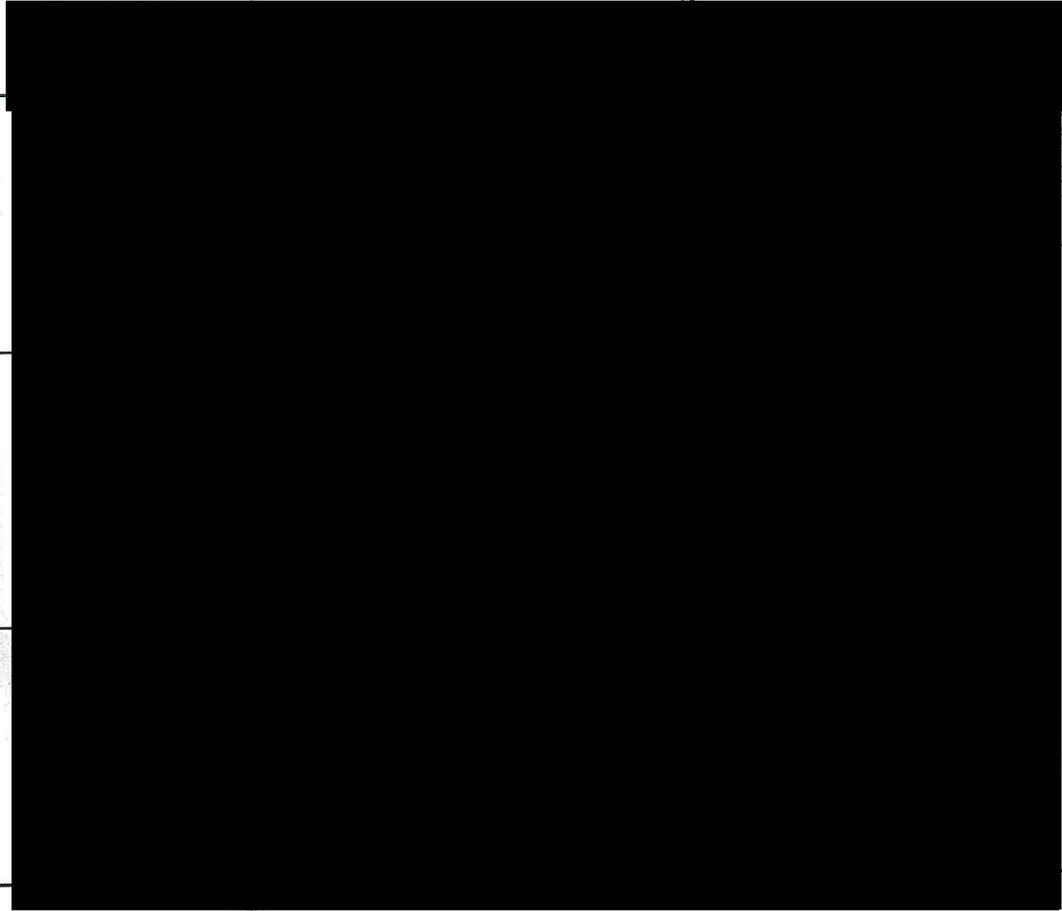
ENTREGA MEDICAMENTOS

FECHA ENTREGA	ENTREGA MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
---------------	----------------------	--------------



ENTREGA MEDICAMENTOS

FECHA ENTREGA	ENTREGA MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
---------------	----------------------	--------------



Tomar los medicamentos como se los indica el médico.

No tomar medicamentos sin la indicación médica.

Dr. Stirlano
 10.856.773-5
 Médico Cirujano U.C.
 C.M. 31291-6

ENTREGA MEDICAMENTOS

FECHA ENTREGA	ENTREGA MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
---------------	----------------------	--------------

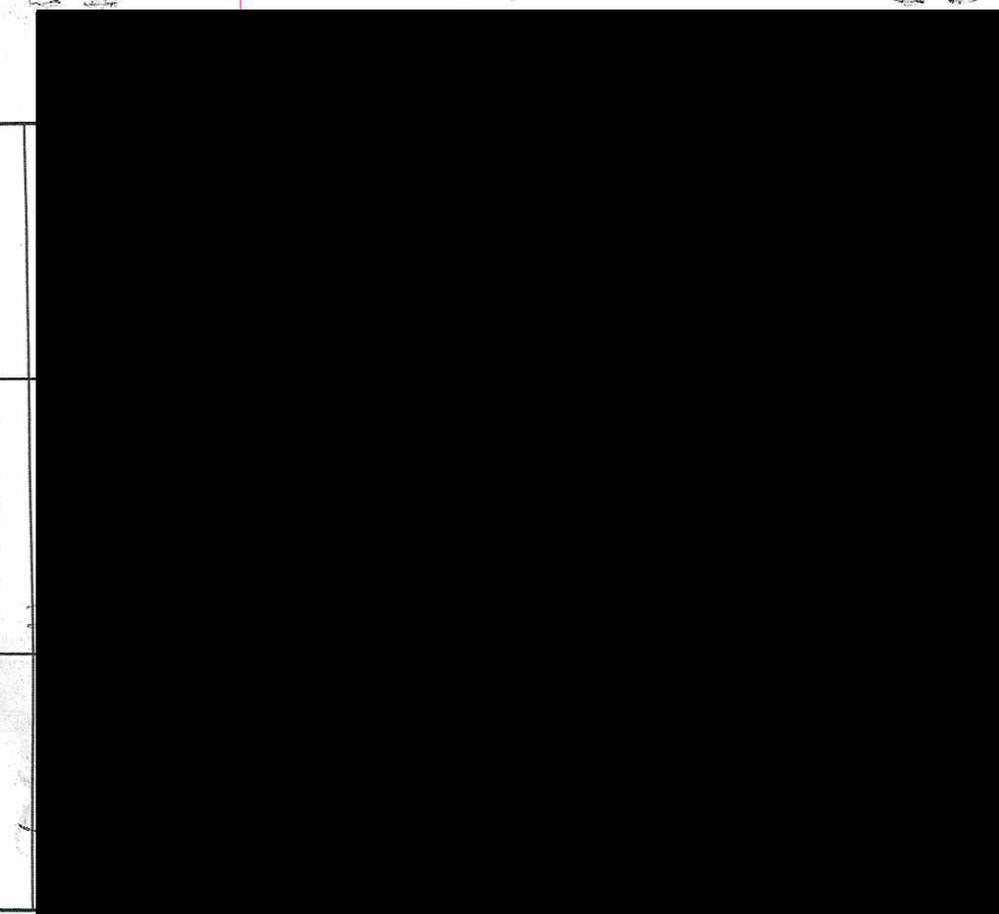


- Los medicamentos no deben quedar al alcance de los niños.

- Guardelos siempre en el mismo lugar.

ENTREGA MEDICAMENTOS

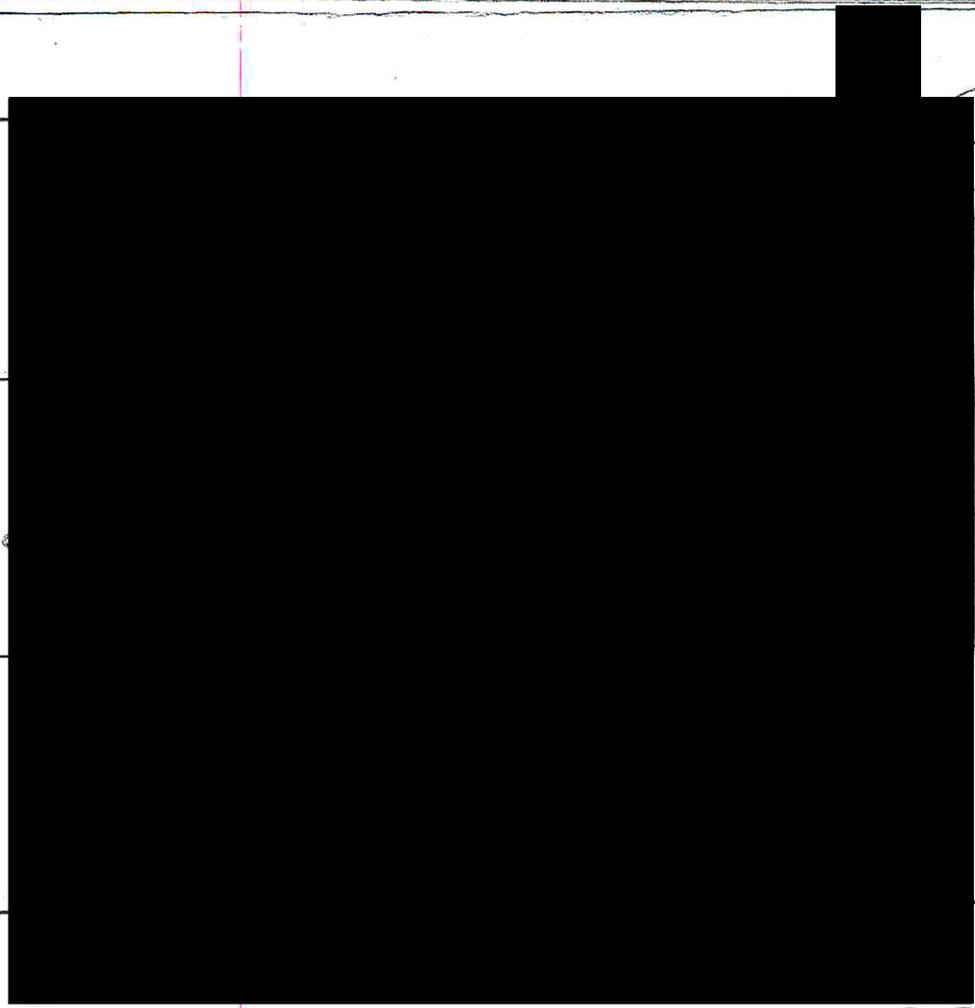
FECHA ENTREGA	ENTREGA MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
---------------	----------------------	--------------



Tomar los medicamentos como se los indica el médico.
No tomar medicamentos sin indicación médica.

ENTREGA MEDICAMENTOS

FECHA ENTREGA	ENTREGA MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
---------------	----------------------	--------------

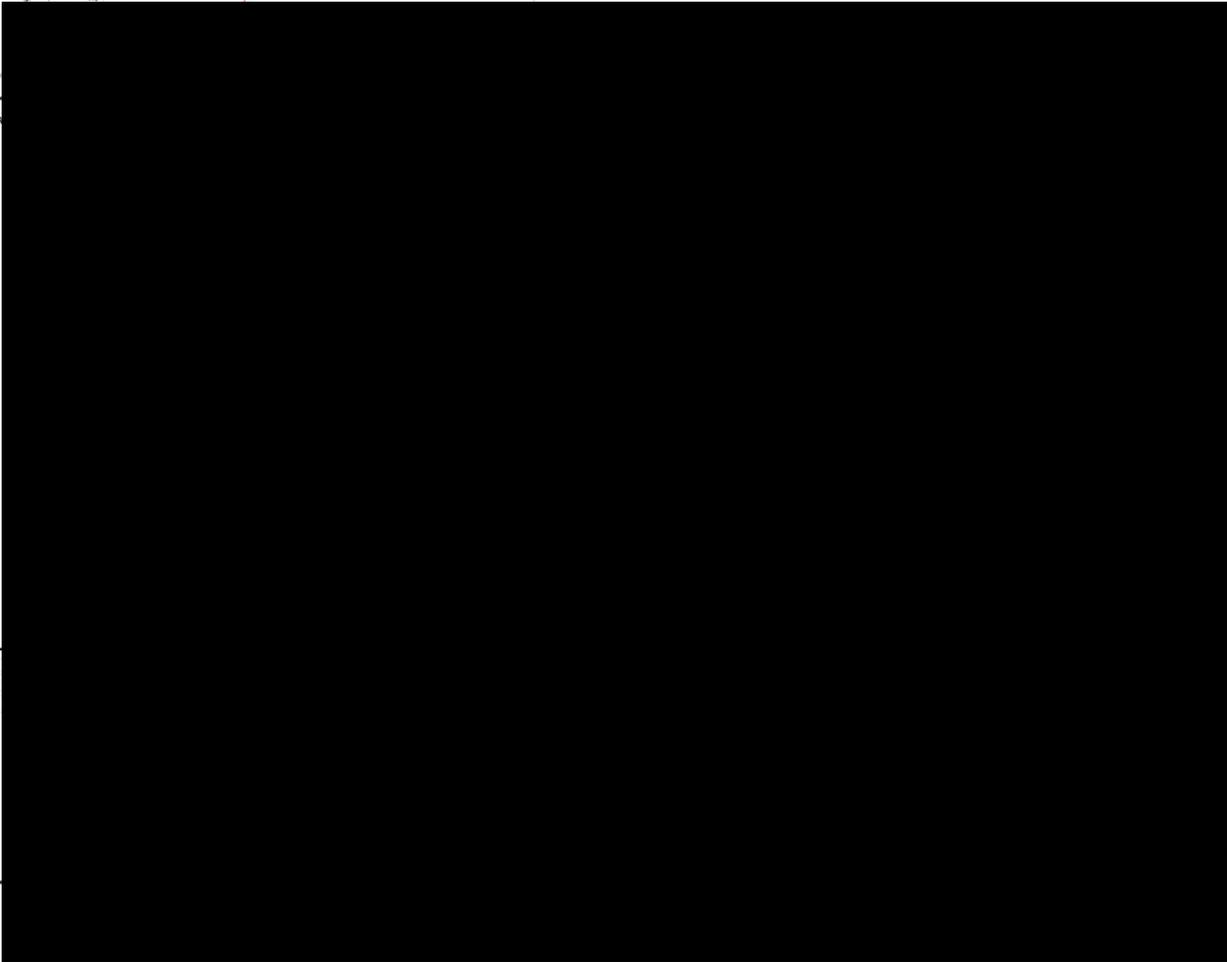


Fernanda Espinoza Silva
RUT 16.835.76-3

Los medicamentos no deben guardarse al alcance de los niños.
Guardelos siempre en el mismo lugar.

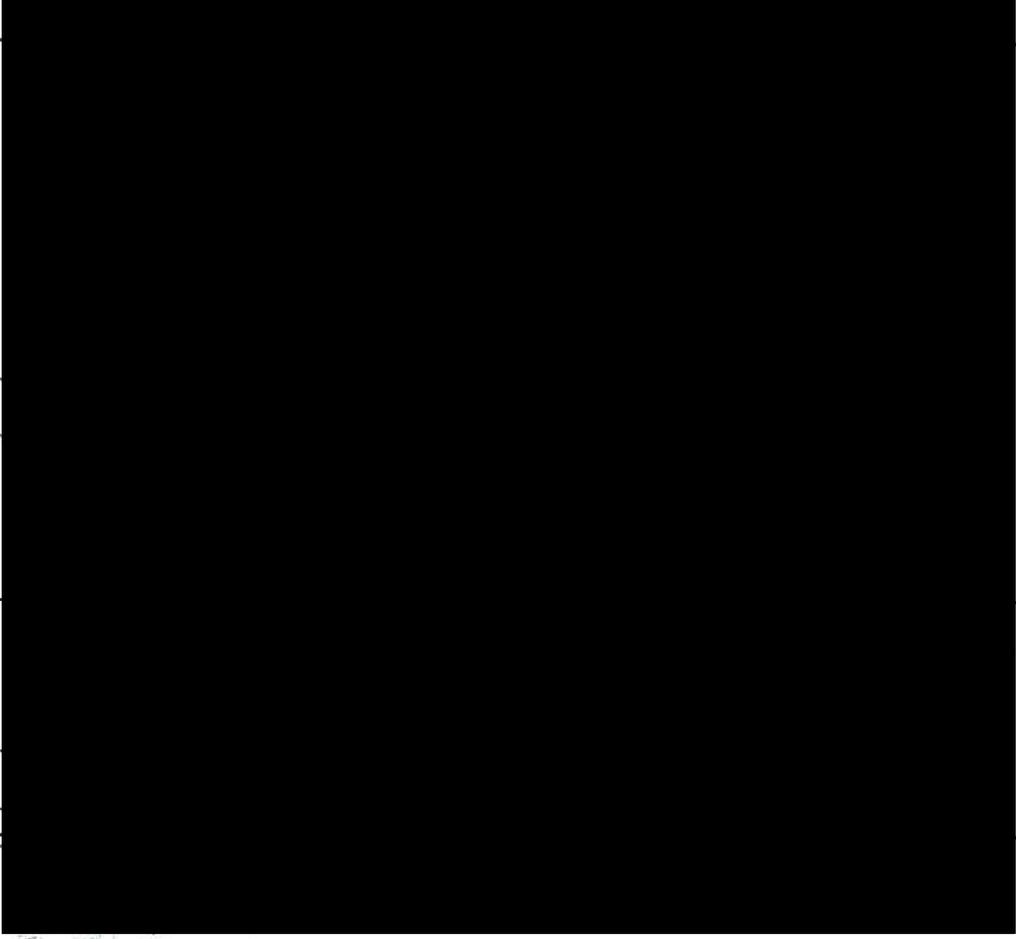
CONTROL PROGRAMA 1A RESPIRATORIO

FECHA	INDICACIONES
-------	--------------



CONTROL PROGRAMA RESPIRATORIO

FECHA	INDICACIONES
-------	--------------



	2018

PROGRAMA RESPIRATORIO

INDICACIONES



6/4 3/07
CONFIRMADO


CONTROL PROGRAMA RESPIRATORIO

FECHA

INDICACIONES



DR. RODRIGO ANEDEL M. R.M. 16.988.770-1
--

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION * CHILE
REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

FOLIO : 60500617

Código Verificación:
009d40eaa305



60500617

CREDECIAL

RUN : 11.140.266-3

NOMBRE: GLAFIRA ALICIA ALTAMIRANO VERGARA

GRADO GLOBAL DE DISCAPACIDAD: MODERADA/ 46,40 %

CAUSA PRINCIPAL : FISICA

CAUSA(S) SECUNDARIA(S) : SENSORIAL VISUAL

MOVILIDAD REDUCIDA : SI

A CON CEDULA DE IDENTIDAD

A ALTAMIRANO VERGARA

S ARCAZAR 989



Victor
Victor Rebolledo Salas
Jefe de Oficina General TI

www.registrocivil.gob.cl

2018
2020

3