

ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta:

1

Fecha:

27/02/2016

Coordenada del lugar (UTMWGS84):

279785 / 6099450

1310

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

☒ Sí

☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)

☒ Varias veces por semana

☐ Diariamente

☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

☐ Débil

☐ Moderado

☐ Fuerte

☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

☐ Orgánico / Descomposición

☐ Aguas servidas

☐ Químico / Industrial

☐ Agrícola / Estiércol

☒ Otro (especificar): PODRIDOO, GAS, DESCOMPOSICION.

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

☐ No

☐ Molestia leve

☐ Molestia significativa

☒ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

☒ Mañana

☒ Tarde

☐ Noche

☐ Madrugada

☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

☒ Sí

☐ No

☐Cuál (especificar): VOLTA



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 2

Fecha: 27/02/2026
1315

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 279951 6099321

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): GAS

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☒ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☒ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☐ Sí
☐ No
☐Cuál (especificar): ECONAUKE



Pent



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 3

Fecha: 27/04/2026
1322

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 22077816098791

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☒ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☒ Moderado
☐ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): GAS

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☒ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☒ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☒Cuál (especificar): RELEVO SANITARIO VOLTA





ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 4

Fecha: 27/02/2026

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 281353/6098757

134º

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☒ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): MEZCLA DE TODOS (BASURA)

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☒ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☒ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐Cuál (especificar): VOLTA



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 5

Fecha: 27/02/2024
1347

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 281324/6098704

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1–2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): FECA L

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☒ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☒ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐Cuál (especificar): ECOMOLU

Superintendencia del Medio Ambiente, Gobierno de Chile

Sitio web: portal.sma.gob.cl



[Handwritten signature]

ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 6

Fecha: 27/02/2026
1350

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 28 (361/6098655

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☒ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☐ Otro (especificar): _____

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☒ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☒ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): VALTERALLO ZAMALUE



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 7

Fecha: 27/02/2026
1406

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 2829916099442

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☐ Sí
☒ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☐ Otro (especificar): _____

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): _____

No apria Resp 1 NO

SEÑALA QUE VECINOS TAN AL SUR MANIFIESTAN MOLESTIAS

Superintendencia del Medio Ambiente, Gobierno de Chile

Sitio web: portal.sma.gob.cl



[Handwritten signature]

ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 8

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 283118/609549

Fecha: 27/02/2026
1412

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☒ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): Descomposición

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☒ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☒ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): _____



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 9

Fecha: 27/04/2026

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 203192/6099623

1416

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☒ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): MUGRE

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☒ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☒ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☐ Sí
☒ No
☐ Cuál (especificar): _____



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 10

Fecha: 27/02/2026
1423

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 282829 / 6099943

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1–2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): PODRIDO, BASURA

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☒ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☒ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): VERTEDERO ECAMULE

Superintendencia del Medio Ambiente, Gobierno de Chile

Sitio web: portal.sma.gob.cl



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 11

Fecha: 27/02/2026
1430

Coordenada del lugar (UTMWGS84) 280894/6098580

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☒ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☒ Agrícola / Estiércol
☐ Otro (especificar): _____

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☒ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☒ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☐ Sí
☒ No
☐ Cuál (especificar): _____

Superintendencia del Medio Ambiente, Gobierno de Chile

Sitio web: portal.sma.gob.cl



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 12

Fecha: 27/02/2026

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 280356/6098917

1440

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☒ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): DESCOMPOSICIÓN

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☒ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

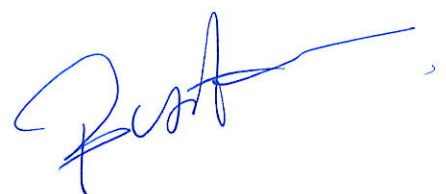
- ☒ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐Cuál (especificar): EL COMAU E/VOLTA

Superintendencia del Medio Ambiente, Gobierno de Chile

Sitio web: portal.sma.gob.cl



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 13

Fecha: 27/02/2026
1440

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 2797921 6098560

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☒ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): Basura

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☒ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☒ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): RELENO VOLTA



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 14

Fecha: 27/02/2026
1500

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 25784 6099648

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): BASURA

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☒ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☒ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): EMBAULE



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 15

Fecha: 27/06/2026
15⁰⁶

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 279762 / 6099796

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☒ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☐ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☒ Fuerte
☐ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☒ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): BAURIA

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☒ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☐ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☒ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): VALTA Y LOS OLIVOS



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 16

Fecha: 27/02/2026
1512

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 279189/0099539

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☒ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☐ Otro (especificar): _____

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☒ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☒ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐ Cuál (especificar): VOLTA

Superintendencia del Medio Ambiente, Gobierno de Chile

Sitio web: portal.sma.gob.cl



ENCUESTA DE OLORES

N.º Encuesta: 17

Fecha: 27/06/2026

Coordenada del lugar (UTMWGS84): 279633/60 99624

1. En el último mes, ¿ha percibido olores molestos en su domicilio o lugar de trabajo (lugar donde se realiza la encuesta)?

- ☒ Sí
☐ No

2. Si respondió "Sí", indique la frecuencia con que los percibe:

- ☐ Esporádicamente (1-2 veces en la semana)
☐ Varias veces por semana
☒ Diariamente
☐ Varias veces al día

3. ¿Cómo calificaría la intensidad del olor percibido?

- ☐ Débil
☐ Moderado
☐ Fuerte
☒ Muy fuerte

4. ¿Cómo describiría el tipo de olor?

- ☐ Orgánico / Descomposición
☐ Aguas servidas
☐ Químico / Industrial
☐ Agrícola / Estiércol
☒ Otro (especificar): Podrido

5. ¿El olor le ha generado alguna molestia o efecto?

- ☐ No
☐ Molestia leve
☐ Molestia significativa
☒ Dolor de cabeza / Náuseas / Irritación

6. ¿En qué horario se percibe con mayor frecuencia?

- ☒ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche
☐ Madrugada
☐ Variable

6. ¿Podría indicar alguna fuente u origen del olor?

- ☒ Sí
☐ No
☐Cuál (especificar): VALTERERO ECOMAULE

