

**FORMATO DE ACTA DE INSPECCION DE VERTIMIENTOS**

N° \_\_\_\_\_

En el marco de la Ley General de Aguas (Decreto Ley N 17752) y sus reglamentos; La Ley General de Salud (Ley No 26842); la Ley del Ministerio de Salud (Ley No 27657) y su reglamento (Decreto Supremo No 013-2002); el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (Decreto Supremo No 014-2002); y Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud (Resolución Ministerial 573 – 2003-SA/DM) , se desarrolla la siguiente inspección,

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1 Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_
- 1.2 Ubicación del Establecimiento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_  
Responsable de Planta: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_
- 1.3 Domicilio Legal (Sede Administrativa): \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_  
Representante Legal \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_
- 1.4 Tipo de Actividad: \_\_\_\_\_
- 1.5 Autorización Municipal de Funcionamiento: \_\_\_\_\_
- 1.6 Sector al que pertenece: \_\_\_\_\_
- 1.7 Autorización de Funcionamiento Sectorial (Licencia de Operación) : \_\_\_\_\_
- 1.8 Autorización de Vertimiento: \_\_\_\_\_
- 1.9 Fecha y Hora: \_\_\_\_\_
- 1.10 Inspector(es): \_\_\_\_\_
- 1.11 Persona que Informa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**II. DETALLE DE LAS OPERACIONES**

- 2.1 Consumo Total Promedio de Agua en la Planta: .....m<sup>3</sup> / mes
  - 2.2 Fuente de Abastecimiento: .....
  - 2.3 N° de días Operativos/mes: -----2.4 N° de Horas Operativas/día: .....
  - 2.5 N° de Vertimientos: .....2.6 Cuenta con Tratamiento de Aguas Residuales: si ( ) no ( ):
- Describir los sistemas de tratamiento si existen : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**III. TOMA DE MUESTRAS DE AGUAS**

Se tomaron las siguientes muestras:

- M-1 : \_\_\_\_\_
- M-2 : \_\_\_\_\_
- M-3 : \_\_\_\_\_
- M-4 : \_\_\_\_\_

**IV. OBSERVACIONES:**


Estando conformes con lo actuado las siguientes personas suscriben esta ACTA DE INSPECCIÓN para su conocimiento y fines.

.....  
Ministerio de Salud

.....  
EMPRESA :

Nombre :  
DNI:

Nombre :  
DNI: