

**MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA**

**APRUEBA DOCUMENTO ELECTRONICO DE DECLARACION DE RESIDUOS
PELIGROSOS**

N° 499 exenta.-

Publicada en el Diario Oficial de 17.08.06

Santiago, 1 de agosto de 2006.-

Visto: lo dispuesto en el artículo 82 del decreto N° 148, de 2003, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Sanitario sobre Manejo de Residuos Peligrosos; en los artículos 4° y 6° del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 de 1979; en el decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud y en la resolución N° 520, de 1996, de la Contraloría General de la República, y

Considerando: Que en el Sistema Electrónico de Declaración y Seguimiento de Residuos Peligrosos, SIDREP, implementado por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional del Medio Ambiente, con el objeto de permitir efectuar las declaraciones de transportes de estos elementos por vía electrónica, se ha incorporado un formulario para hacer esta declaración, dicto la siguiente:

Resolución:

1°.- Apruébase el siguiente formato de Documento de Declaración y Seguimiento de Residuos Peligrosos, el cual aparece en la página de internet www.sidrep.minsal.cl. Este documento puede usarse alternativamente al formulario aprobado por resolución exenta N° 359 de 2005, del Ministerio de Salud, el cual continúa vigente:

Estado :		DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS		N° folio :		
GENERADOR						
1. Nro. Identificación			2. Autoridad Sanitaria			
3. Nombre Empresa			4. RUT Empresa			
5. Dirección Establecimiento			6. Comuna			
7. Teléfono			8. Fax			
9. Persona Responsable	<input type="text"/>		10. Correo Electrónico			
11. Empresa Transportista	<input type="text"/>					
12. Empresa Destinataria	<input type="text"/>					
13. OBSERVACIONES	14. Firma	15. Fecha	16. Hora			
<input type="text"/>						
Detalle de Declaración						
Descripción Residuo	Lista I,II	Lista A	C Peligrosidad	E. Físico	Contenedor	Cant. (kg)
					TOTAL	
(*) Campos obligatorios						
<input type="button" value="Agregar"/>						
TRANSPORTISTA						
1. Nro. Identificación			2. Autoridad Sanitaria			
3. Nombre Empresa N°1			4. RUT Empresa			
5. Dirección Sucursal			6. Comuna			
7. Teléfono			8. Fax			
9. Persona Responsable			10. Correo Electrónico			
11. Identificación Transporte			12. Identificación Aceptado			
13. Cantidad Recibida						
14. OBSERVACIONES	15. Firma	16. Fecha *	17. Hora *			
<input type="text"/>						
DESTINATARIO						
1. Nro. Identificación			2. Autoridad Sanitaria			
3. Nombre Empresa			4. RUT Empresa			
5. Dirección Establecimiento			6. Comuna			
7. Teléfono			8. Fax			
9. Persona Responsable			10. Correo Electrónico			
11. Identificación Transporte			12. Identificación Aceptado			
13. Cantidad Recibida	14. Firma	15. Fecha	16. Hora			
17. OBSERVACIONES	18. DISCREPANCIAS					
AUTORIDAD SANITARIA						
Persona Responsable N°1			Persona Responsable N°2			
OBSERVACIONES *			OBSERVACIONES			
<input type="text"/>						
<input type="button" value="Imprimir"/> <input type="button" value="Ingresar Generador"/> <input type="button" value="Cerrar"/>						

2º.- Remítase un ejemplar de la presente resolución a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Anótese y publíquese.- María Soledad Barría Iroume, Ministra de Salud.