



MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES



FICHA DE INSPECCIÓN DE PLANTA DE TRATAMIENTO AGUAS RESIDUALES TIPO ORDINARIO

Tipo de planta de tratamiento	PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES DOMESTICAS
No de Ficha	
Municipio/Urbanización/Col./Residencial	Tonacatepeque/Urb. Brisas del Norte.
DGA de urbanización/Col./Residencial	
DGA de PTAR	

DIRECCIÓN	Colonia/Urbanización: <u>Urb. Brisas del Norte.</u> Calle/Avenida _____ <u>11 Tonacatepeque</u> , D1. <u>San Salvador</u>
-----------	---

UBICACIÓN	N _____, W _____
-----------	------------------

ENTE ADMINISTRADOR	Marcar con "X" donde corresponda: ANDA: <u>X</u> , Alcaldía: _____, Empresa Municipal, _____ Operador Privado: _____ Operador comunitario: _____ Otro: _____ Especifique: _____
--------------------	--

TIPO DE PLANTA (Tecnología)	Describir las unidades que incluye la planta de tratamiento: <u>PLANTA 1 Nifas</u>
-----------------------------	---

QUIMICOS UTILIZADOS EN PTAR	Especificar productos químicos y dosificación: <u>No</u>
-----------------------------	---

INFRAESTRUCTURA	Marcar con "X" donde corresponda: En buen estado: <u>X</u> , leve deterioro: _____, Grave deterioro: _____ Infraestructura irre recuperable: _____
-----------------	---

FUNCIONAMIENTO	Operación normal: <u>X</u> , Operación eventual: _____ Abandonada: _____ Detallar, en caso de ser necesario: _____ ¿Qué área de mejora tiene la PTAR, en la cual necesitan asistencia técnica del MARN? <u>No</u> Existe tubería de paso (bypass) en la PTAR: Si <u>X</u> No _____ ¿Está protegida la PTAR de escorrentías? Si <u>X</u> No _____
----------------	--

LODOS	Frecuencia de evacuación de lodos: <u>Una vez al mes</u>
	Cantidad de generación de lodos: _____
	Tipo de tratamiento aplicado: _____
	Lechos de secado: _____ Toneladas. Porcentaje de Humedad: _____ Filtro Prensa: _____ Toneladas. Porcentaje de humedad: _____ Espesamiento de lodos: _____ Otro: _____
	Disposición de lodos: Disposición directa: _____
	Gestor autorizado _____ Acceso a la PTAR para evacuar lodos: Si _____ No _____

OPERADOR CAPACITADO	Marcar Si solo si el personal ha recibido un mínimo de 40 horas de capacitación teórica-práctica: Si <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DONDE _____
	Los operarios poseen equipo de protección personal: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Especifique que indumentaria: _____

FICHA LLENADA POR/NOMBRE DE QUIEN PROPORCIONO LA INFORMACION / DIRECCIÓN ELECTRONICA/ TEL	[REDACTED]
--	------------

ESQUEMAS Y FOTOGRAFÍAS ILUSTRATIVAS DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO

Espacio para dibujar esquema de Planta de Tratamiento: