

N° de solicitud :	<Nro _Sol>	Motivo del trámite:	Nuevo establecimiento:	<input type="checkbox"/>
N° de Informe Técnico Favorable (de ser el caso):			Modificación del Establecimiento:	<input type="checkbox"/>
			Otros (que no requieran autorizaciones previas)	<input type="checkbox"/>

ACTA DE VERIFICACIÓN DE PRUEBAS DE TUBERÍAS

N° APT-<número de Acta de prueba de tubería>-<primera letra del primer nombre y de los dos apellidos del supervisor>-<año>

Base Legal : D.S. N° 054-93-EM; D.S. N° 019-97; D.S. N° 052-93-EM; D.S. N° 045-2001-EM; NFPA 30

DEL SOLICITANTE Y DIRECCION DE LAS INSTALACIONES A PROBAR

Nombres y apellidos / Razón Social:		<nombre completo del responsable si es persona natural o razón social si es persona jurídica>			
Dirección del Establecimiento:		<ubicación de las instalaciones sometidas a pruebas>			
Distrito	<identificación del distrito>	Provincia	<identificación de la provincia>	Departamento	<Identificación del departamento>

Del Supervisor de Osinergmin

Nombres y apellidos:	<nombres y apellidos del supervisor>	CIP/CAP:	<número de CIP/CAP>
Unidad de Fiscalización:	Unidad de Registros y Operaciones Comerciales / Oficina Regional	DNI:	<número de DNI>

DE LA PRUEBA EFECTUADA (se repetirá el siguiente cuadro tantas veces como sea necesario por cada tubería conectada a un tanque o a un compartimento de este)

TUBERÍAS PARA COMBUSTIBLES LÍQUIDOS / OPDH							
Instrumentos empleados y datos de su calibración:							
Fecha de prueba:	<día/mes/año>			Tuberías conectadas a		Tanque N°	
						Compartimento N°	
						(de ser el caso)	
Tuberías sometidas a Pruebas	Diámetro (pulg)	Presión de Inicio (psi)	Presión Final (psi)	Tiempo de Prueba (Hr/min)	Fluido empleado	Resultado	
						Conforme	No Conforme
Recepción o Descarga:							
Despacho:							
Ventilación:							
Recuperación de Vapor:							

TUBERÍAS PARA GAS LICUADO DE PETRÓLEO							
Instrumentos empleados y datos de su calibración:							
Fecha de prueba:	<día/mes/año>						
Tuberías sometidas a Pruebas	Diámetro (pulg)	Presión de Inicio (psi)	Presión Final (psi)	Tiempo de Prueba (Hr/min)	Fluido empleado	Resultado	
						Conforme	No Conforme
Recepción o Llenado							
Retorno de vapor - recepción							
Despacho:							
Retorno de vapor - despacho							

Observaciones (de ser el caso):

--

Todos los documentos presentados y declaraciones formuladas por el administrado se presume que responden a la verdad; encontrándose sujetos a fiscalización posterior acorde con los principios establecidos en los numerales 1.7 y 1.16 del Título Preliminar de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444. El representante de Osinergmin que suscribe la presente Acta, declara con su leal saber y entender que, de la verificación de la información proporcionada por el administrado, no se ha encontrado evidencia de incumplimientos a la normatividad vigente. Es responsabilidad única y exclusiva del administrado, verificar y certificar que las instalaciones construidas cumplan con las condiciones técnicas y de seguridad contempladas en el marco normativo vigente, no existiendo responsabilidad de Osinergmin, ni de quien suscribe este documento, por daños o lesiones personales, daños a la propiedad, o por cualquier tipo de pérdidas que se derive de esta verificación, su posterior puesta en servicio u operación.

Suscriben la presente Acta de Verificación de Prueba:

Firma: _____ Nombres y Apellidos: Especialidad: <p style="text-align: center;">Responsable de efectuar la Prueba</p>	Firma: _____ Nombres y Apellidos: Cargo: <p style="text-align: center;">Supervisado o Representante del establecimiento</p>
Firma: _____ Nombres y Apellidos: <p style="text-align: center;">Supervisor de Osinergmin</p>	

Fecha de suscripción del Acta:	<día/mes/año>
--------------------------------	---------------

Nota: El supervisor, posterior a la visita deberá elaborar el diagrama de las instalaciones supervisadas (este diagrama será elaborado en gabinete)

El diagrama formará parte del informe de supervisión y podrá ser realizado en autocad o a mano alzada (No es necesario realizarlo a escala).

<nombres y apellidos del supervisor>

CIP / CAP N°<código CIP / CAP del supervisor>