

ANEXO N° 4

“ACTA DE TOMA DE MUESTRA INOPINADA”

(Ficha a ser llenada por el Prestador de Servicios)

Código de Usuario No Doméstico:

1. DATOS GENERALES:

A. Nombre o Razón Social:

B. DNI o RUC:

C. Actividad:

D. Dirección Fiscal:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

E. Teléfono(s) de contacto:

F. Lugar de Toma de Muestra:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

G. Representante:

H. Fecha inicio operación:

I. Número de la CIU: Descripción:

Descripción:

Descripción:

Descripción:

2. CARACTERÍSTICAS DE LA TOMA DE MUESTRA

C. Datos de laboratorio acreditado:

Nombre de laboratorio:	
Fecha:	
Hora:	
Responsable de la toma de muestra:	

D. Parámetros Anexo N° 1:

Parámetro	VMA	N° de muestra	Tipo de muestra
Demanda Bioquímica de Oxígeno	500 mg/l		
Demanda Química de Oxígeno	1000 mg/l		
Sólidos Suspendedos Totales	500 mg/l		
Aceites y Grasas	100 mg/l		

La toma de muestra se realizará de acuerdo a lo establecido en la NTP 214.060.2016 aprobada por el Inacal, en tanto no se contraponga con el presente Reglamento.

E. Parámetros Anexo N° 2:

Parámetro	VMA	N° de muestra	Tipo de muestra
Aluminio	10 mg/l		
Arsénico	0.5 mg/l		
Boro	4 mg/l		
Cadmio	0.2 mg/l		
Cianuro	1 mg/l		
Cobre	3 mg/l		
Cromo hexavalente	0.5 mg/l		
Cromo total	10 mg/l		
Manganeso	4 mg/l		
Mercurio	0.02 mg/l		
Níquel	4 mg/l		
Plomo	0.5 mg/l		



Sulfatos	1000 mg/l		
Sulfuros	5 mg/l		
Zinc	10 mg/l		
Nitrógeno Amoniacal	80 mg/l		
Potencial Hidrogeno	6-9		
Sólidos Sedimentables	8.5 ml/l/h		
Temperatura	<35°C		

La toma de muestra se realiza de acuerdo a lo establecido en la NTP 214.060.2016 aprobada por el Inacal, en tanto no se contraponga con el presente Reglamento.

Observaciones:

3. DESCARGA DE LAS AGUAS RESIDUALES NO DOMÉSTICAS (PUNTO DE TOMA DE MUESTRA)

E. Ubicación del punto de toma de muestra de las aguas residuales no domésticas al sistema de alcantarillado sanitario:

Vértice	Coordenadas UTM (WGS 84)
A	
B	
C	
D	

F. Presentar un croquis del punto de toma de muestras con punto referencial fijo. (Anexo)

G. Observaciones

4. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA TOMA DE MUESTRA

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	



Llenado por: _____
DNI: _____

Firma del UND o del representante _____
DNI: _____

Lugar y Fecha: _____