

CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DEFINITIVA DE OBRA MENOR

- ☒ AMPLIACION MENOR A 100 M2
- ☐ MODIFICACION
sin alterar estructura
- ☐ ART. 6.2.9. O.G.U.C.

DIRECCION DE OBRAS - I. MUNICIPALIDAD DE :

ANGOL

REGION DE LA ARAUCANIA

- ☒ URBANO
- ☐ RURAL

Nº DE CERTIFICADO
345
Fecha de Aprobación
18 OCT 2018
ROL S.I.I
114-01

VISTOS:

- A) Las atribuciones emanadas del Art. 24 de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades,
- B) Las disposiciones de la Ley General de Urbanismo y Construcciones en especial el Art. 144, y su Ordenanza General,
- C) La solicitud de Recepción Definitiva de Edificación debidamente suscrita por el propietario y el arquitecto correspondiente al expediente S.R.D.O.M.- 5.2.5. y 5.2.6. Nº 9945 04/10/18
- D) El informe Favorable de Revisor Independiente Nº de fecha (cuando corresponda).
- E) Los antecedentes que comprenden el expediente S.O.M. 5.1.4. y 6.2.9. Nº 7491 24/07/18
- F) Los documentos exigidos en el Art. 5.2.6. de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones.
- G) El Informe del Inspector Técnico de Obra (ITO) (cuando corresponda)

RESUELVO:

- 1.- Otorgar Certificado de Recepción Definitiva TOTAL
TOTAL O PARCIAL
- de la obra menor destinada a EQUIPAMIENTO SALUD
- ubicada en calle/avenida/camino CORONEL ILABACA Nº 752
- Lote Nº manzana localidad o loteo ANGOL sector URBANO
(urbano o rural)
- de conformidad a los planos y antecedentes timbrados por esta D.O.M., que forman parte del presente certificado, mencionados en las letras E y F de los "vistos"

- 2.- Que la presente recepción definitiva se otorga en conformidad a las siguientes autorizaciones especiales:

ART. 121, ART. 122, ART. 123, ART. 124, 55 de la Ley General de Urbanismo y Construcciones, Otra.

Plazos de la autorización especial

- 3.- Individualización de Interesados:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL del PROPIETARIO		R.U.T.	
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE		61.955.100-1	
REPRESENTANTE LEGAL del PROPIETARIO		R.U.T.	
RENE LOPETEGUI CARRASCO			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL de la Empresa del ARQUITECTO o PROFESIONAL COMPETENTE(si corresponde)		R.U.T.	
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE		61.955.100-1	
NOMBRE DEL ARQUITECTO RESPONSABLE O PROFESIONAL COMPETENTE		R.U.T.	
CLAUDIO TORO SAEZ			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL de la Empresa del CONSTRUCTOR (si corresponde)		R.U.T.	
NOMBRE DEL CONSTRUCTOR (si corresponde)		R.U.T.	
WALTER AMERICO GARRIDO RIOS			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL del la Empresa del INSPECTOR TECNICO DE OBRA (ITO) (si corresponde)		R.U.T.	
NOMBRE DEL PROFESIONAL COMPETENTE		R.U.T.	
CRISTIAN CANDIA MORALES			
NOMBRE del REVISOR INDEPENDIENTE (Si concurre)	R.U.T.	REGISTRO	CATEGORIA

4.- CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA RECEPCIÓN

ANTECEDENTES DEL PERMISO

Nº DE PERMISO	FECHA	SUPERFICIE A RECEPCIONAR	DESTINO
725	20/09/2018	74.76	EQUIPAMIENTO SALUD
RESOLUCIÓN Nº		FECHA:	

(En caso de modificación de proyecto)

5.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (ARTICULO 5.2.6. INCISO FINAL)

<input checked="" type="checkbox"/>	Fotocopia de la patente municipal al día de los Profesionales competentes.
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe del arquitecto Art. 5.2.6. O.G.U.C. inciso final
<input type="checkbox"/>	Informe del Revisor Independiente (cuando concorra)
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe del Inspector Técnico de Obra (ITO) (cuando corresponda)
<input type="checkbox"/>	Comprobante de pago de derechos municipales en caso de haber convenio de pago

CERTIFICADOS DE LAS INSTALACIONES CONTEMPLADAS EN LA OBRA:

TE1 CERTIFICADO Nº 4317769 DE FECHA 31/07/2018

NOTA : (SOLO PARA SITUACIONES ESPECIALES DEL CERTIFICADO)

PROYECTO AMPLIACION UNIDAD HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA, CORTA ESTADIA INFANTO Y ADOLESENTE
HOSPITAL MAURICIO HEYERMANN ANGOL.

CORONEL ILABACA Nº 752, SECTOR HOSPITAL
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE.

AAMS/VHC/dss.



ADRIAN ALEJANDRO MEDINA SAAVEDRA
INGENIERO CONSTRUCTOR
DIRECTOR DE OBRAS MUNICIPALES
FIRMA Y TIMBRE

IMPRIMIR