

## 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 ..... EQUIPAMIENTO SALUD .....  
 de la obra menor destinada a ..... 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	[REDACTED]		
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	[REDACTED]		
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	[REDACTED]		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL de la Empresa del INSPECTOR TECNICO DE OBRA (ITO) ( si corresponde )	R.U.T.		
NOMBRE DEL PROFESIONAL COMPETENTE	R.U.T.		
CRISTIAN CANDIA MORALES	[REDACTED]		
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 N°		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 concurre)
<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 N° 4317769 DE FECHA 31/07/2018

**NOTA :** (SOLO PARA SITUACIONES ESPECIALES DEL CERTIFICADO)

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

CORONEL ILABACA N° 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