

## 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 ABAUCANIA

URBANO  RURAL

Nº DE CERTIFICADO
277
Fecha de Aprobación
24 NOV 2020
ROL S.I.I
114-1

**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 7221 / 30-10-2020

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 5431 / 12-08-2020

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**  
 de la obra menor destinada a ..... **TOTAL O PARCIAL**  
 ubicada en calle/avenida/camino ..... **AMPLIACION CENTRO DE SALUD FAMILIAR**  
 Lote N° ..... **CAUTIN** N° ..... **537**  
 manzana ..... localidad o letoe ..... **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.	
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL		69.180.100-4	
REPRESENTANTE LEGAL del PROPIETARIO		R.U.T.	
JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL de la Empresa del ARQUITECTO o PROFESIONAL COMPETENTE(si corresponde)		R.U.T.	
NOMBRE DEL ARQUITECTO RESPONSABLE O PROFESIONAL COMPETENTE		R.U.T.	
CLAUDIO HERNAN TORO SAEZ		16.853.237-7	
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		9.377.619-4	
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.	
WALTER AMERICO GARRIDO RIOS		9.377.619-4	
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
486	20-10-2020	22.02 M2	AMPLIACION SALA CCR Y LABORATORIO
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 concurra)
<input 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 N° 2225909 INSTALADOR: SIGISFREDO MOLLER ARIAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

OBRA MENOR CONSERVACION DE INFRAESTRUCTURA CENTRO DE SALUD FAMILIAR PIEDRA DEL AGUILA,  
AMPLIACION SALA CCR Y LABORATORIO, 22.02 M2.

AAMS/actm



\* DIRECTOR DE OBRAS MUNICIPALES

FIRMA Y TIMBRE

IMPRIMIR