

Nº DE CERTIFICADO
<b>196</b>
FECHA
<b>26/09/2016</b>
ROL S.I.I
<b>4003-14</b>

**REGIÓN DEL BÍO BÍO**

<input checked="" type="checkbox"/> URBANO	<input type="checkbox"/> RURAL
--	--------------------------------

**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, su Ordenanza General, y el instrumento de Planificación Territorial.
- C) La solicitud de aprobación, los planos y demás antecedentes debidamente suscritos por el propietario y los profesionales correspondientes al expediente S.R.D.E.-5.2.5 N° 7949 de fecha 06/07/2016
- D) La declaración del Revisor Independiente que señala que la Obra se ajusta íntegramente al Anteproyecto aprobado.
- E) El informe Favorable de Revisor Independiente N° ----- de fecha -----
- F) Los antecedentes que comprenden el expediente S.P.E.- 5.1.4/5.1.6. N° 886 de fecha 25/01/2016
- G) Los documentos exigidos en el Art. 5.2.6. de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, según detalle al reverso.

**RESUELVO:**

1.- Otorgar Certificado de Recepción Definitiva TOTAL  
 de la obra destinada a HABITACIONAL - SERVICIO - BOX DENTAL  
 ubicada en calle /avenida /camino CAMINO A NONGUEN  
 N° 1151 Lote N° ----- Manzana ----- Sector COMUNIDAD EL VERGEL  
URBANO Zona H3 del Plan Regulador Comunal.

En conformidad a los planos y además antecedentes timbrados por esta D.O.M., que forman parte de la presente certificado, mencionados en las letras F y G de los vistos.


2.- Dejar constancia que el proyecto que se aprueba se acoge a las siguientes disposiciones especiales:

**NO SE ACOGE A - DFL Nº 2 de 1959**

3.- La presente recepción se otorga amparada en las siguientes autorizaciones especiales:

-----

4.- Individualización de Interesados:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL del PROPIETARIO		R.U.T.
NUÑEZ FERNANDEZ YANIRA DE LAS NIEVES		
REPRESENTANTE LEGAL del PROPIETARIO		R.U.T.
-----		-----
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL de la Empresa del SUPERVISOR		R.U.T.
-----		-----
NOMBRE DEL SUPERVISOR RESPONSABLE		R.U.T.
-----		-----
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL de la Empresa del ARQUITECTO (cuando corresponda)		R.U.T.
-----		-----
NOMBRE DEL ARQUITECTO RESPONSABLE		R.U.T.
MEDINA CANALES PABLO A		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL del REVISOR INDEPENDIENTE (cuando corresponda)		REGISTRO CATEGORIA
-----		-----
PROFESIONAL COMPETENTE		R.U.T.
-----		-----

**CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA RECEPCIÓN**

**5.- ANTECEDENTES DEL PERMISO**

PERMISO QUE SE RECIBE	FECHA	NÚMERO	SUP. TOTAL (m2)	TOT. RECEP. INCL. ESTA RECEP. M2
AMPLIACION	22/06/2016	292	118,78	467,97
RECEPCIÓN PARCIAL	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	SUPERFICIE M2	DESTINO	TOT. RECEP. INCL. ESTA RECEP. M2
Parte a Recepcionar	118,78	HABITACIONAL - SERVICIO - BOX DENTAL	467,97	

