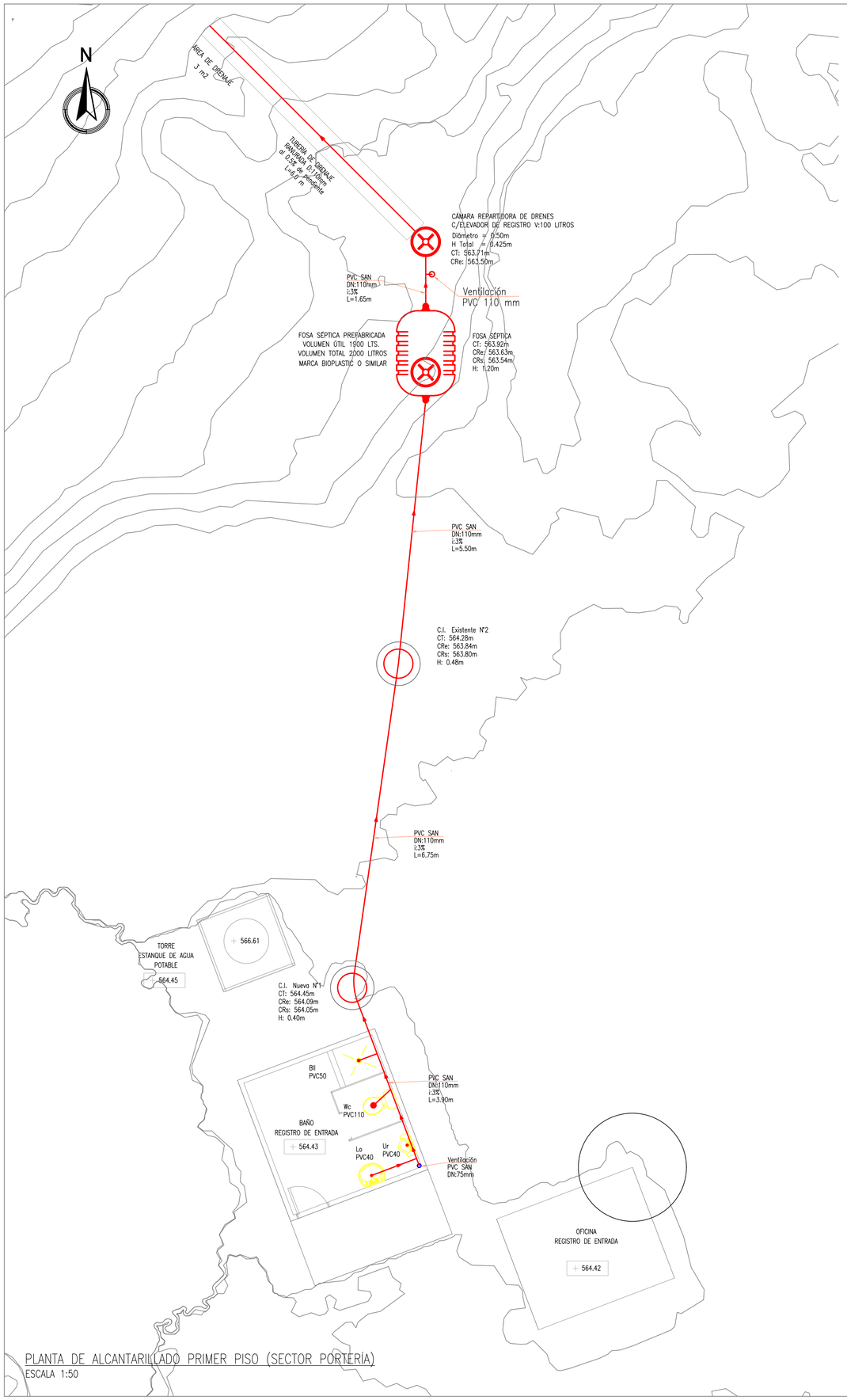
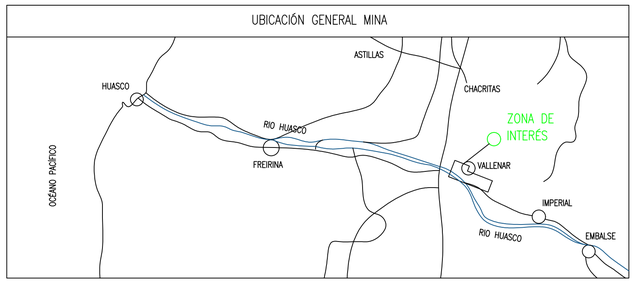
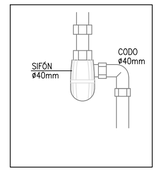


PLANTA DE ALCANTARILLADO PRIMER PISO (SECTOR PORTERÍA)
ESCALA 1:50



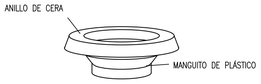
PLANO DE UBICACIÓN GENERAL
SIN ESCALA

DETALLE SIFÓN LAVAMANOS
SIN ESCALA



CUADRO DE U.E.H.
CLASE II

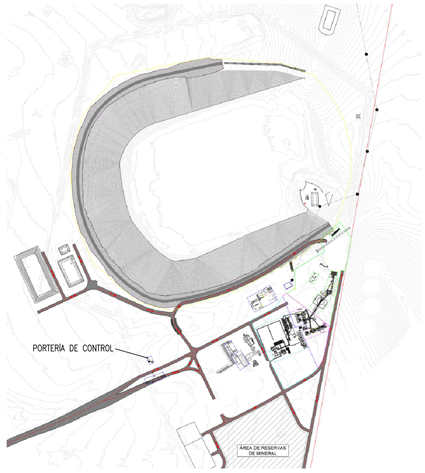
ARTEFACTOS	CANTIDAD	UEH (CLASE 2)	TOTAL
Wc	1	5	05
Lo	1	2	02
Lp	0	3	00
Lv	0	3	00
Ur	1	1	01
Bo	0	4	00
BII	1	6	06
TOTAL	04		14



LA CONEXIÓN DE LA DESCARGA DE CADA WC SE REALIZARÁ CON SELLO ANTIFUGAS DE CERA CON MANGUITO DE PLÁSTICO

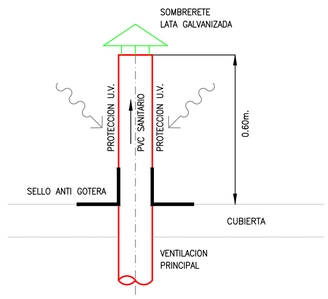
SECTOR SOLUCIÓN PARTICULAR

COORDENADAS UTM (DATUM WGS84 – HUSO 19)	
NORTE (M)	ESTE (M)
6.840.584,0	329.985,0



PLANTA GENERAL PLANTA COBRE NORTE
SIN ESCALA

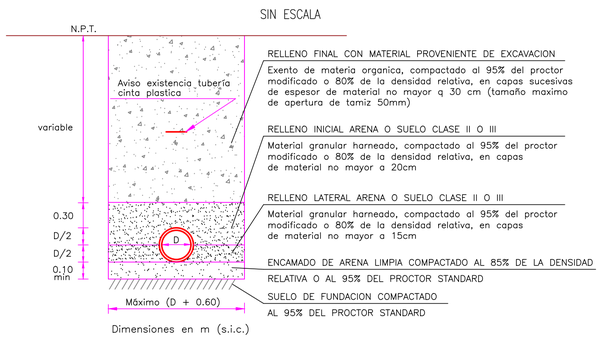
DETALLE VENTILACIÓN EN CUBIERTA
SIN ESCALA



SIMBOLOGÍA ALCANTARILLADO

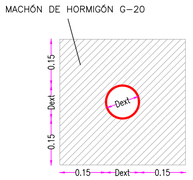
- ALCANTARILLADO PROYECTADO ENTERRADO
- ALCANTARILLADO EXISTENTE ENTERRADO
- ALCANTARILLADO PROYECTADO A LA VISTA
- ALCANTARILLADO EXISTENTE A LA VISTA
- SENTIDO DE ESCURRIMIENTO
- CÁMARA DE INSPECCIÓN DOMICILIARIA CUADRADA
- CÁMARA DE INSPECCIÓN DOMICILIARIA REDONDA
- DESCARGA DE ARTEFACTOS
- NIVEL DE PISO TERMINADO

DETALLE COLOCACIÓN DE TUBERÍAS
SEGÚN NORMA TÉCNICA NCH 3191/1 OF. 2010
SIN ESCALA



NOTA: PARA LOS RELLENOS PUEDE UTILIZARSE MATERIAL PROVENIENTE DE LA EXCAVACIÓN CON LA SALVEDAD QUE EL PORCENTAJE DE SALES SOLUBLES SEA MENOR AL 3%. EN CASO CONTRARIO, SE DEBERÁ HACER USO DE UN EMPRÉSTITO.

DETALLE MACHÓN DE REFUERZO
ESCALA 1:10



PAS 138 - B / MEJORAMIENTO PORTERÍA

PROYECTO INSTALACIÓN DE ALCANTARILLADO DOMICILIARIA

PROYECTO: INFORMATIVO	LÁMINA
N° _____ Fecha _____	N° 1 DE 2
AVISO DE INICIO N° _____	FECHA _____
CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD N° _____	FECHA _____
CALLE O PASAJE : PLANTA COBRE NORTE	
NÚMERO MUNICIPAL : SIN NÚMERO	
LOTEO, SECTOR O POBLACIÓN : 3.32 KM AL NORESTE DE VALLENAR	
COMUNA : VALLENAR	

UBICACIÓN

NORTE

VER CUADRO DE UBICACIÓN

FIRMAS

PROYECTISTA	PROPIETARIO
Nombre : Carolina González Vidak	Nombre : Inversiones Nutram SpA
Profesión : Ingeniera Civil	RUT : 76.313.270-6
RUT : 15.002.262-2	Domicilio : Ochandía #1599 Vallenar
Domicilio : Psje. Don Guillermo #2457 Iqq.	
CONTRATISTA	PROYECTO DEFINITIVO CERTIFICADO DE RECEPCIÓN
Nombre : _____	N° _____ FECHA: _____
Profesión : _____	
RUT : _____	
Domicilio : _____	FIRMA EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS