



Intendencia de Montevideo
Servicio de Contralor de la Edificación



FORMULARIO

TIPO DE TRÁMITE: REVALIDA DE PERMISO DE CONSTRUCCIÓN	CÓDIGO: F-RPC-01
	VERSIÓN: 3 FECHA:

DATOS DEL PADRON

Nº PADRÓN UNIDAD Nº CARPETA CATASTRAL CCZ

UBICACIÓN

Calle N°Puerta

Calle N°Puerta:.....

Entre y

ANTECEDENTES (Indicar la totalidad de los antecedentes correspondientes al Padrón y Unidad aprobados)

N°	ARQUITECTURA ¿Existen antecedentes a declarar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SANITARIA ¿Existen antecedentes a declarar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				AGRIMENSURA ¿Existen antecedentes a declarar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	N° de Permiso de Construcción	APROBADO SI NO		Año	Insp. Final Mes/año	N° de Permiso de Obras Sanitarias	APROBADO SI NO		Año	Insp. Final Mes/año	N° de Registro	Año
1												
2												
3												
4												
5												
6												

RÉGIMEN DE SUELO (Se debe indicar la situación más comprometida para el propio padrón o lindero)

1- Está en Régimen General? SI NO

2- Está dentro de las subzonas de especial consideración o sobre Ramblas, Avda., etc. y tiene construcciones anteriores a 1940? (Art. 1º Res. 3095/01 – Inc. B112) SI NO

3 - Está en Área Patrimonial? SI NO

4 - Es de Interés Municipal o Monumento Histórico?
- el padrón que se gestiona..... SI NO
- los padrones linderos..... SI NO

CONCEPTO

OBRA NUEVA (comprende ampliación)

REFORMA

REGULARIZACIÓN AÑO

DESTINO

DESTINO ACTUAL

DESTINO PROYECTADO



Intendencia de Montevideo
Servicio de Contralor de la Edificación



RÉGIMEN (marcar una sola opción)

1. COMUN	<input type="checkbox"/>
2. PROPIEDAD HORIZONTAL	<input type="checkbox"/>
2.1. Nueva.....	<input type="checkbox"/>
2.2. Incorporación.....	<input type="checkbox"/>
2.3. Modificación con antecedentes incorporados por Catastro Nacional	<input type="checkbox"/>
2.4. Modificación con antecedentes Incorporados por IMM.....	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE LA OBRA

A iniciarse: con trámite normal	<input type="checkbox"/>
Iniciada con inicio anticipado de obras	<input type="checkbox"/>
Avance de obra % = Total ejecutado	<input type="checkbox"/>
Total proyectado	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre	C.I.
PERSONA FISICA <input type="checkbox"/>	
PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>	RUT
Domicilio	Tel:..... Fax:.....
E-mail	
Domicilio especial para notificación	

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL PROPIETARIO O PERSONA JURIDICA

Nombre	C.I.
Representa al propietario por:	
CARTA PODER <input type="checkbox"/>	
PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>	
Domicilio	Tel Fax
E-mail	

PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PERMISO (ARQUITECTO O INGENIERO CIVIL)

Nombre	C.I.
Funcionario Municipal o socio o familiar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Domicilio	Tel Fax
E-mail	



Intendencia de Montevideo
Servicio de Contralor de la Edificación



PROFESIONAL RESPONSABLE POR AGRIMENSURA (INGENIERO AGRIMENSOR)

Nombre		C.I.	
Funcionario Municipal o socio o familiar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Domicilio	Tel		Fax
E-mail			

PROFESIONAL RESPONSABLE POR SANITARIA (ARQUITECTO, ING. CIVIL O TÉCNICO INSTALADOR SANITARIO)

Nombre		C.I.	
Funcionario Municipal o socio o familiar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Domicilio	Tel		Fax
E-mail			

MODALIDAD DE EJECUCIÓN DE LA OBRA

Por Administración.....	<input type="checkbox"/>	Por Empresa.....	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

EMPRESA CONSTRUCTORA Y PROFESIONAL RESPONSABLE

Nombre de la Empresa.....		RUT	
Domicilio	Tel		Fax
E-mail			
Nombre del Profesional		C.I.	
Funcionario Municipal o socio o familiar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Domicilio	Tel		Fax
E-mail			

EMPRESA DE PILOTAJE Y DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Nombre de la Empresa.....		RUT	
Domicilio	Tel		Fax
E-mail			
Nombre del Profesional		C.I.	
Funcionario Municipal o socio o familiar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Domicilio	Tel		Fax
E-mail			



Intendencia de Montevideo
Servicio de Contralor de la Edificación



DECLARACIÓN DE CATEGORÍAS, METRAJES, ETC. PARA EL PAGO DE VALORES DEL PERMISO.

COD.	DESTINO PRINCIPAL	OBRA NUEVA Y/O AMPLIACIÓN		REGULARIZACIÓN			REFORMA	REFORMA A REGULARIZAR	INCRP. (incluye reciclaje en PH)
		m ²	Unid. Sanit. (cant.)	m ²	Unid. Sanit. (cant.)	Categoría	m ²	m ²	m ²
A - INDUSTRIA									
A1	HASTA 200 m ²								
A2	MÁS DE 200 m ²								
B - COMERCIOS									
B1	HASTA 200 m ²								
B2	MAS DE 200 m ²								
B3	MAS DE 1000 m ²								
C - VIVIENDAS									
C1	HASTA 45 m ² CON 1 DORM.								
	HASTA 60 m ² CON 2 DORM.								
	HASTA 75 m ² CON 3 DORM								
	MAS DE 4 DORM, SUMA 15m ² POR C/U								
C2	HASTA 60 m ² CON 1 DORM.								
	HASTA 75 m ² CON 2 DORM.								
	HASTA 90 m ² CON 3 DORM.								
	MAS DE 4 DORM. SUMA 15 m ² POR C/U								
C3	AREA SUPERIOR AL ITEM C2								
D - OTROS	(Tinglados, salientes desmontables, calderas, tanques de agua, sala de máquina, pilotaje, demolición; barbacoas, garajes, parrilleros, depósitos y galpones de menos de 15 m ² al servicio de la vivienda, piscinas, estacionamientos de alquiler a cielo abierto, balcones, aleros).								
E - INSPECCIONES SANITARIAS									

- INFORMACION "A" o FASE A
- INFORMACION "I" (Servicio Contralor de la Edificación)
- VALOR MÍNIMO FASE B o INICIO ANTICIPADO de OBRA
- UNIDADES LOCATIVAS (cantidad)
- GRAFICO VERAZ ALBAÑILERIA
- PERMISO DE OBRA SANITARIA
- REVALIDA

CATEGORIA REGULARIZACION SANITARIA		
A	Mayor a 10 años	3,5
B	Entre 3 y 10 años	4,5
C	Menor a 3 años	6,5

INFORMACIÓN AL USUARIO:

Inspecciones de Sanitaria: Se abonan 3 (agua, desagüe y final) más el valor de c/unidad sanitaria instalada. De existir inspecciones adicionales las mismas serán abonadas como reposición previo a otorgar el certificado de Terminación de Obras Sanitarias.

Las tasas se cobrarán con los siguientes criterios:

- **Regularización albañilería:** área involucrada x valor vigente x 1.5.
- **Regularización sanitaria:** valor permiso O.S. + valor por unidad sanitaria X coeficiente antigüedad.
- **Reformas internas sin aumento de áreas:** área involucrada x valor vigente x 0.5.
- **Reforma a regularizar:** área involucrada x valor vigente x 0.75.
- **Incorporación:** valor vigente correspondiente x 0.5.
- **Reválida:** sobre los coeficientes anteriores se aplicará el coeficiente 0.5.
- **Inicio Anticipado de Obra:** al ingresar la gestión deberá abonar la tasa equivalente a una fase B mínima y completar totalmente el cuadro de categorías y metrajes. Una vez culminado el trámite deberá hacerse efectivo el pago de la reposición del mismo y las tasas correspondientes al Permiso de Construcción, si así lo dispone la Resolución de aprobación.

Nota: -Deberá abonarse una fase B mínima cuando el valor del área a construir y/o a regularizar multiplicada por el coeficiente correspondiente sea menor al valor establecido para la misma.

- Unidad sanitaria: por cada inodoro se considera una unidad.



OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO

1. Hacer efectivo el pago de valores o reposiciones, en un plazo máximo de 5 días hábiles a partir del ingreso o aprobación de la solicitud según corresponda.
2. Comunicar cambio o modificación de las condiciones de la Carta Poder.

DECLARACIONES DEL PROPIETARIO

El o los propietarios que firman esta solicitud declaran:

1. Que están en conocimiento que la aprobación de toda gestión tendrá validez a partir de la fecha del pago de los valores o reposiciones y retiro del duplicado correspondiente.
2. En caso de construcciones con destino desconocido que la actividad a instalar se ajustará a lo establecido en los Dtos. 28.242 y 29.118 y modificaciones posteriores.
3. En caso de ejecutar construcciones mediante autorización de inicio anticipado de obras, se hacen responsables de que las construcciones se adecuen a la normativa vigente o que en su defecto se ajusten a las condiciones que eventualmente se puedan disponer para la aprobación del Permiso de Construcción correspondiente.
4. Que está en conocimiento de que no podrán extraer ningún árbol del ornato público sin efectuar la correspondiente gestión y obtener su autorización por parte del Servicio de Áreas Verdes.
5. Que en caso de desagües de terrenos permeables en sistemas separativos que no se ajusten a normativa, se hace responsable por los eventuales perjuicios que pudieran generarse por dicha situación, debiendo dar solución a los mismos ajustándose a la normativa vigente.

DECLARACIONES DE LOS TECNICOS INTERVINIENTES EN EL PROYECTO

Los profesionales y técnicos intervinientes en esta solicitud declaramos:

1. Que toda la documentación presentada se ajusta a las especificaciones.
2. Que se respeta la normativa aplicable a las edificaciones (POT, Normas Complementarias, Vol. XV del Digesto Municipal, Ordenanzas Sanitarias, Leyes referentes a P.H., Decretos 333/00 y 222/10 de Bomberos), con excepción de las tolerancias que se solicitan.
3. Que todos los recaudos son coincidentes con los trámites aprobados precedentemente y que se adjuntan como parte de la documentación, habiendo dado cumplimiento a las exigencias impuestas en c/ una de ellos.
4. Que se conocen las disposiciones de la reglamentación de los trámites de Permisos de Construcción aprobada por Resolución 3095/01 de fecha 22 de agosto de 2001 y aceptamos las responsabilidades que puedan emerger de las mismas.
5. Que en caso de existir tolerancias aprobadas mediante Resolución, no han variado las condiciones que motivaron su aprobación ni existe resolución posterior que la modifique.
6. Que en caso de tratarse de edificios colectivos se cumple con el Decreto de la Junta Departamental N° 29.699.
7. En caso de edificaciones en PH en que la gestión no implica intervención en los bienes comunes ni se modifica conformación ni área de las Unidades, el arquitecto se hace responsable de la estabilidad y seguridad de las construcciones.
8. En caso de que se opte por realizar la fundación en base a pilotes:
 - 8.1_ Cumple con las disposiciones de los Decretos 6836 del 25/10/1949 y Decreto 7459 del 17/2/1951.
 - 8.2_ Se asume total responsabilidad por los daños y perjuicios que se puedan ocasionar a la vía pública y/o a terceros.
9. Que se cumplen con los Decretos Departamentales 9938, 11750, 27696, 12354, 16556, 17918, 21340, 23684, 23927, 23994, 21235, 31760 y sus modificaciones posteriores competencia específica del S.I.M.E.
10. Que se cumple con los valores indicados en el formulario de transmitancia térmica de la fase anterior, en caso de haber correspondido su presentación.
11. Que las especies vegetales graficadas en el plano de las construcciones son todas las existentes al momento de la presentación de esta solicitud, que ninguna de ellas está especialmente protegida y que se obtendrá la autorización previa del Servicio de Áreas Verdes en caso de ser necesaria la extracción de alguna de ellas por exigencia del proyecto.
12. Que se está en conocimiento de que en caso de regularización de instalaciones sanitarias deberá solicitar la inspección final de las mismas en un plazo de 5 días hábiles desde el pago del expediente ingresado.

PROPIETARIO

.....
Firma

.....
Aclaración

ARQUITECTO ó ING. CIVIL

(Profesional actuante)

.....
Firma

.....
Aclaración

ING. AGRIMENSOR

.....
Firma

.....
Aclaración

INSTALADOR SANITARIO

.....
Firma

.....
Aclaración

ARQUITECTO ó ING. CIVIL

(Responsable de la Empresa Constructora)

.....
Firma

.....
Aclaración

ARQUITECTO ó ING. CIVIL

(Responsable de la Empresa de Pilotaje)

.....
Firma

.....
Aclaración



Intendencia de Montevideo
Servicio de Contralor de la Edificación



FORMULARIO

TIPO DE TRÁMITE: SOLICITUD DE TRAMITE EN CONSULTA	CÓDIGO: F-TC-01	
	VERSIÓN: 2	FECHA:

- APROBACIÓN DE SISTEMAS CONSTRUCTIVOS
 APROBACIÓN DE MATERIALES SANITARIOS
 CONSULTA SOBRE REGLAMENTACIÓN DE HIGIENE

DESCRIPCIÓN Y/O FUNDAMENTACIÓN DE LO SOLICITADO:

DATOS DEL SOLICITANTE:
Nombre C.I.
PERSONA FISICA <input type="checkbox"/> PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>
RUT
Domicilio Tel:..... Fax:.....
E-mail
FIRMA: ACLARACIÓN:

DATOS DEL PROFESIONAL: (ARQUITECTO, INGENIERO CIVIL O TÉCNICO INSTALADOR SANITARIO – según corresponda)
Nombre C.I.
PERSONA FISICA <input type="checkbox"/> PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>
RUT
Domicilio Tel Fax:.....
E-mail
FIRMA ACLARACIÓN: