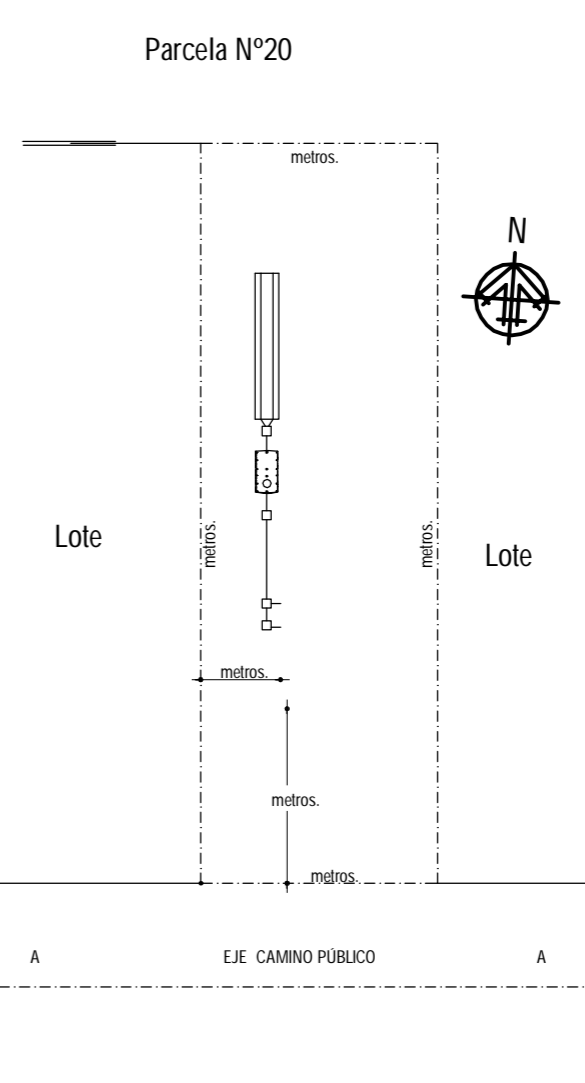
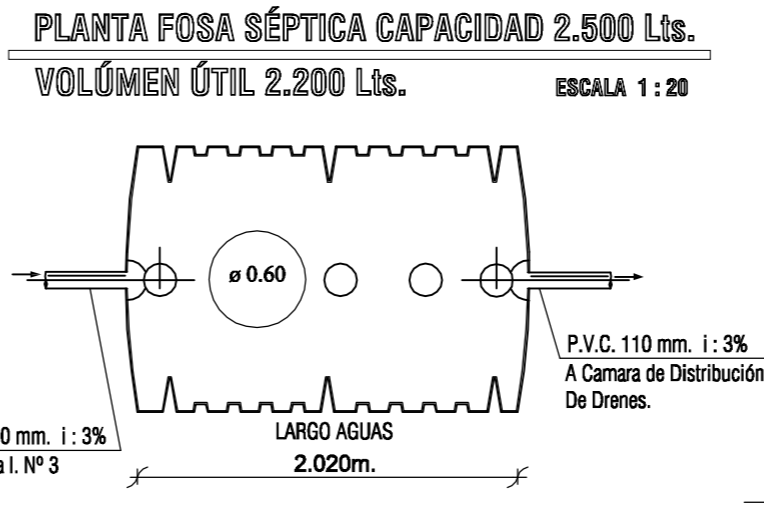
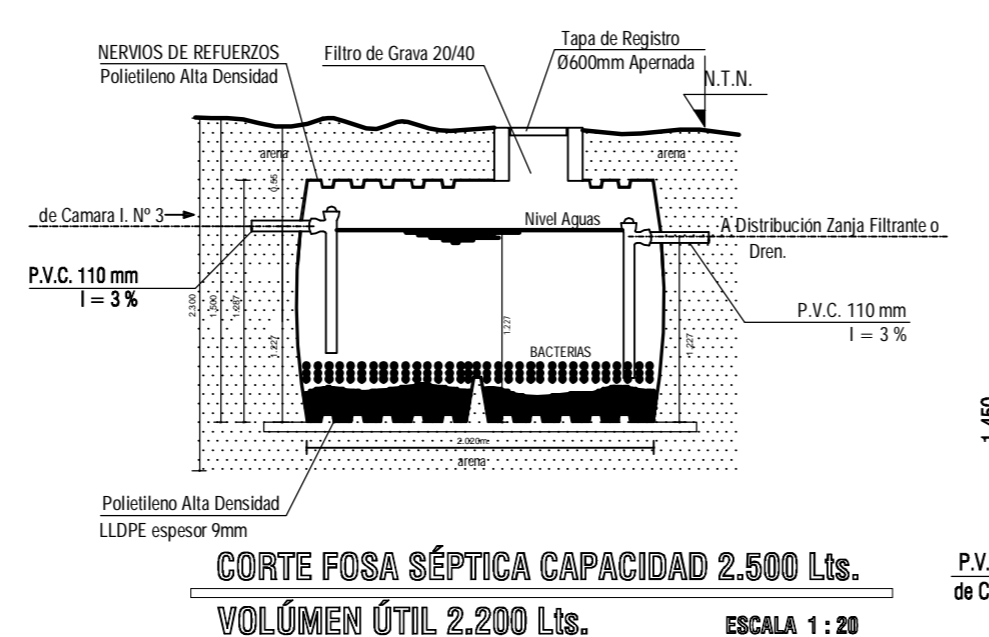
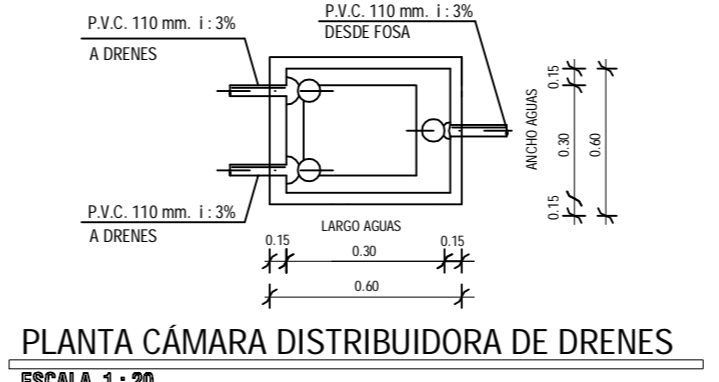
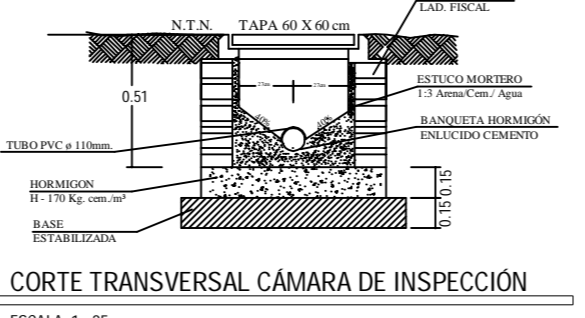
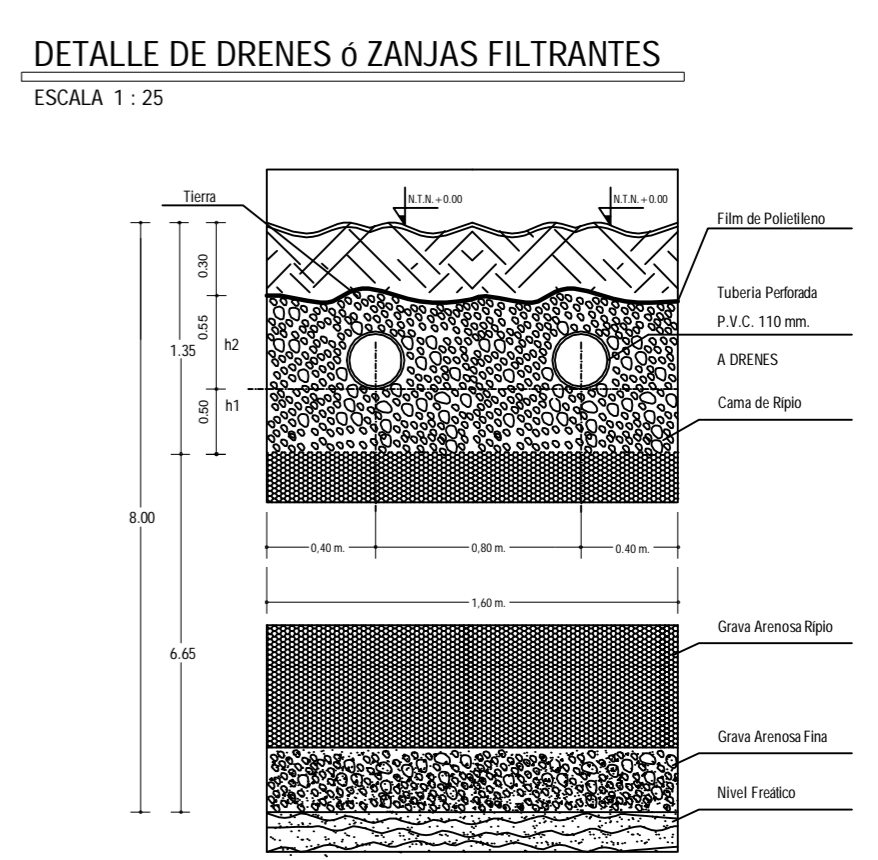
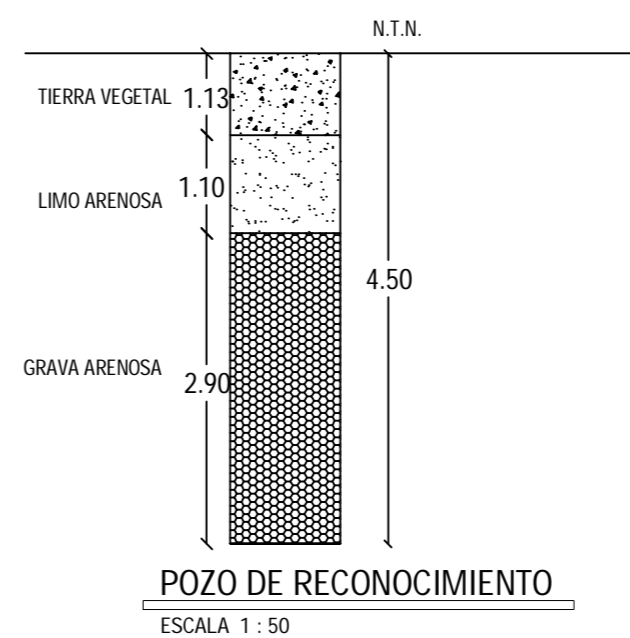
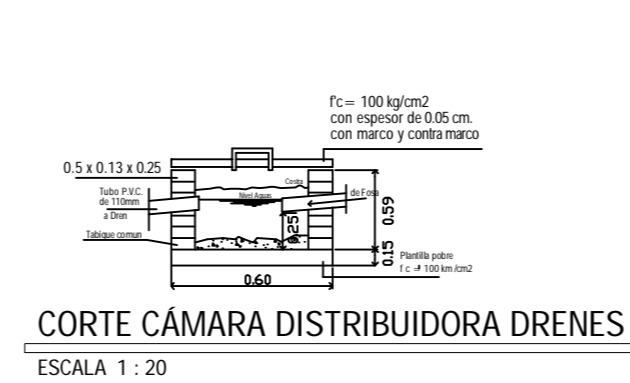
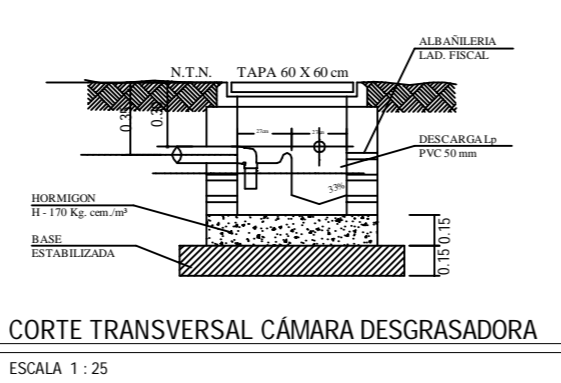


DATOS FOSA SÉPTICA		DATOS DRENAJE	
A = Largo Aguas	2,020 metros.	Prueba de Absorción	5 Min./1,00 metros Prof.
B = Ancho Aguas	1,287 metros.	Índice de Absorción	90 Lts./m <sup>2</sup> /día.
H = Altura Aguas	1,450 metros. (Mínimo).	Sup. de Absorción Necesaria S/Calculo	1,85 m <sup>2</sup> .
Capacidad	6 Personas.	Numero de Personas Usuarías Servidas	6 Personas.
Volumen Total Disponible	2,2 M3.	Superficie Mínima S/Proyecto	11,10 m <sup>2</sup> .
Periodo de Retención	24 Horas.	Donde: Az (Ancho Zanja) Lz (Largo Zanja) S (Superficie)	
Dotación	250 Lit/ Pers. / Día	S (Superficie) = Az * Lz Si Az = 2 x 0,80 = Az : 1,60m.	
		S (Superficie Mínima Proyecto) 11,10 = 1,60 * Lz : Lz = 6,94m.	
		Ancho Zanja (Az).	1,60 metros.
		Largo Zanja (Lz).	9,50 metros.
		Superficie Necesaria S/Calculo	11,10 m <sup>2</sup> .
		Superficie Total Disponible Proyecto	15,20 m <sup>2</sup> .

CUADRO DE U.E.H.			
ARTEFACTOS	CLASE	CANT.	U.E.H. TOTAL
W.C.	1	1	3
L*	1	1	2
Lv			
Lp	1	1	3
BL*	1	1	3
TOTAL U.E.H.			11

SIGLA	DESIGNACIÓN
W.C.	INODORO
L*	LAVAMANOS
Lp	LAVAPLATOS
B*	BAÑO TINA
BL*	BAÑO LLUVIA
C.I.	CÁMARA DE INSPECCIÓN
C.D.R.	CÁMARA DISTRIBUIDORA DREN
DR	DREN
FS	FOSA SÉPTICA
V	VENTILACIÓN

CUADRO DE SUPERFICIES GENERALES		m <sup>2</sup>
SUPERFICIE TERRENO LOTE	, ROL N°	
SUPERFICIE CONSTRUCCIÓN CASA HABITACIÓN		m <sup>2</sup> 100%
SUPERFICIE 1/2 SUPERFICIE PORCHE/CORREDORES		
SUPERFICIE TOTAL A EDIFICAR		
% OCUPACION DE SUELO		
COCIENTE DE CONSTRUCTIBILIDAD		
SUPERFICIE SUELO DISPONIBLE		



PROYECTO DE INSTALACION DE ALCANTARILLADO DOMICILIARIO	
PROYECTO DEFINITIVO	LAMINA 1 DE 1
N°	FECHA
AVISO DE INICIO N°	FECHA
CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD N°	FECHA
CALLE	
N° MUNICIPAL:	
LOTED O POBLACION:	
ROL DE AVALUO:	
COMUNA DE: PALMILLA	
UBICACION	
FIRMAS	
PROYECTISTA	PROPIETARIO
NOMBRE:	NOMBRE:
PROFESION:	RUT:
RUT:	DOMICILIO:
DOMICILIO:	
CONTRATISTA	PROYECTO DEFINITIVO
NOMBRE:	CERTIFICADO DE RECEPCION
PROFESION:	N°
RUT:	FECHA:
DOMICILIO:	FIRMA
	EMPRESA SERVICIOS SANITARIOS