



**DECLARACIÓN JURADA.
RESPONSABILIDAD: PROYECTO
ALCANCE: TÉCNICO RESPONSABLE DE PROYECTO**

ANEXO A.1
F1A
V.112022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas.
En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.(Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha:
Tipo de gestión:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Unidad / Local: Barrio: Intersección:
Departamento: Localidad: Padrón/es:
Destacamento: Seccional policial:

CARACTERÍSTICAS DE LA EDIFICACIÓN

Destino: Carga de fuego (MJ/m2):
Área edificación (m2): Área de riesgo (m2): Área de cálculo (m2):
Altura clasificación (m): Niveles (Excluido subsuelo): Subsuelos:

Observaciones / aclaraciones:

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

Estructura portante: Hormigón Acero Madera Otro
Estructura de sustentación del techo: Hormigón Acero Madera Otro

RIESGOS ESPECIALES

Pirotecnia Almacenamiento de líquidos inflamables/combustibles
 G.L.P. Almacenamiento de productos peligrosos
 Canería sobre presión Cocina Profesional
 Otros

Cantidad y descripción:

MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIO ASESORADAS

 (si)

¿Es exigencia?	Medida:	¿Cumple?	F1B por otro técnico	¿Solicita excepción?
<input type="checkbox"/>	Muro cortafuego (Categoría A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Puerta cortafuego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Acceso de vehículos de emergencia a la edificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Seguridad estructural contra incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Compartimentación horizontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Compartimentación vertical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Control de materiales y revestimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Salidas de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Plan de evacuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Protocolo de actuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Capacitación de incendio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cantidad y nivel a capacitar: (Ej: 10 nivel 3 / 7 nivel 1)</i>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Iluminación de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Detección de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alarma de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Señalización de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Extintores:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cantidad y tipo: (Ej: 3 ABC 4k / 1 Co2 3,5 / 2 carros ABC 25K)</i>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Reserva, tipo de sistema y tramos de manguera: (Ej: Reserva 12m3 Sistema tipo 2 con 4 BIE 25 mts de manguera)</i>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Boca de incendio exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aprovisionamiento de agua (Categoría A1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Columna Seca + BIEx (Categoría A2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Boca Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Control de humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sistema de espuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sistema de enfriamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Presurización de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sistema fijo de agentes limpios y CO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sistema automático de extinción en cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDIDAS ADICIONALES INSTALADAS O ASESORADAS QUE SUPERAN LO EXIGIDO U OBSERVACIONES

Detalle y aclaraciones: *Siguiendo lo indicado en IT-01*



**DECLARACIÓN JURADA.
RESPONSABILIDAD: PROYECTO
ALCANCE: TÉCNICO RESPONSABLE DE PROYECTO**

ANEXO A.2
F1B
V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales.
En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.(Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:

Nombre de fantasía: RUT:

Dirección:

Departamento: Localidad: Padrón/es:

RESPONSABILIDAD MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIO PROYECTADAS (si)

Medidas	Resp. ⁽²⁾	Medidas	Resp. ⁽²⁾
Muro Cortafuego (Categoría A)	<input type="checkbox"/>	Señalización de emergencia	<input type="checkbox"/>
Puertas cortafuego	<input type="checkbox"/>	Extintores	<input type="checkbox"/>
Acceso de vehículos de emergencia a la edificación	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio	<input type="checkbox"/>
Seguridad estructural contra incendios	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio exterior	<input type="checkbox"/>
Compartimentación horizontal	<input type="checkbox"/>	Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>
Compartimentación vertical	<input type="checkbox"/>	Aprovisionamiento de agua (Categoría A1)	<input type="checkbox"/>
Control de materiales y revestimientos	<input type="checkbox"/>	Columna Seca + BIEx (Categoría A2)	<input type="checkbox"/>
Salidas de emergencia	<input type="checkbox"/>	Boca Seca	<input type="checkbox"/>
Plan de evacuación	<input type="checkbox"/>	Control de Humo	<input type="checkbox"/>
Protocolo de actuación	<input type="checkbox"/>	Sistema de espuma	<input type="checkbox"/>
Capacitación de incendio	<input type="checkbox"/>	Sistema de enfriamiento	<input type="checkbox"/>
Iluminación de emergencia	<input type="checkbox"/>	Presurización de escaleras	<input type="checkbox"/>
Detección de incendio	<input type="checkbox"/>	Sistema fijo de agentes limpios y CO2	<input type="checkbox"/>
Alarma de incendio	<input type="checkbox"/>	Sistema automático de extinción en cocina	<input type="checkbox"/>

Observaciones / aclaraciones:

TÉCNICO REGISTRADO RESPONSABLE DE LA/S MEDIDAS INDICADAS EN ESTE FORMULARIO

Nombre/s: Domicilio:

Apellido/s: Teléfono:

Cédula de identidad: Correo electrónico:

Formación: R.U.T.:

Firma: _____

Timbre

El que suscribe declara que las medidas de protección contra incendio indicadas se encuentran proyectadas acorde a la normativa vigente a la fecha.

(1) De la declaración. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Resp. Responsabilidad. El técnico registrado asume la responsabilidad por el asesoramiento a nivel proyecto de la medida indicada.



DECLARACIÓN JURADA
RESPONSABILIDAD: CERTIFICACIÓN
ALCANCE: TÉCNICO REGISTRADO RESPONSABLE DE LA
INSTALACIÓN / IMPLEMENTACIÓN

ANEXO A.2
F2A
V.112022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas.
En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.(Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Departamento: Localidad: Padrón/es:

RESPONSABILIDAD MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIO INSTALADAS o IMPLEMENTADAS (si)

Medidas	Si (1)	Resp. (2)	F2B (3)	Medidas	Si (1)	Resp. (2)	F2B (3)
Muro Cortafuego (Categoría A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Señalización de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puertas cortafuego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extintores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso de vehículos de emergencia a la edificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad estructural contra incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartimentación horizontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartimentación vertical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aprovisionamiento de agua (Categoría A1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de materiales y revestimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna Seca + BIEEx (Categoría A2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salidas de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de evacuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Control de Humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de actuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de espuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitación de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de enfriamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iluminación de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presurización de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detección de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema fijo de agentes limpios y CO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarma de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema automático de extinción en cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones / aclaraciones:

(1) Si. La medida es requerida y es parte del proyecto en concordancia con el anexo A1-F1A.

(2) Resp. Responsabilidad. El Técnico Registrado asume la responsabilidad por la instalación o implementación.

(3) F2B. Se adjunta F2B firmado por otro técnico registrado responsable de la instalación o implementación de la medida indicada.



DECLARACIÓN JURADA
RESPONSABILIDAD: CERTIFICACIÓN
ALCANCE: TÉCNICO REGISTRADO / EMPRESA INSTALADORA
RESPONSABLE DE LA INSTALACIÓN o IMPLEMENTACIÓN

ANEXO A.2
F2B
V.112022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales.
En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.(Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Departamento: Localidad: Padrón/es:

RESPONSABILIDAD MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIO INSTALADAS o IMPLEMENTADAS (si)

Medidas	Resp. ⁽²⁾	Medidas	Resp. ⁽²⁾
Muro Cortafuego (Categoría A)	<input type="checkbox"/>	Señalización de emergencia	<input type="checkbox"/>
Puertas cortafuego	<input type="checkbox"/>	Extintores	<input type="checkbox"/>
Acceso de vehículos de emergencia a la edificación	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio	<input type="checkbox"/>
Seguridad estructural contra incendios	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio exterior	<input type="checkbox"/>
Compartimentación horizontal	<input type="checkbox"/>	Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>
Compartimentación vertical	<input type="checkbox"/>	Aprovisionamiento de agua (Categoría A1)	<input type="checkbox"/>
Control de materiales y revestimientos	<input type="checkbox"/>	Columna Seca + BIEx (Categoría A2)	<input type="checkbox"/>
Salidas de emergencia	<input type="checkbox"/>	Boca Seca	<input type="checkbox"/>
Plan de evacuación	<input type="checkbox"/>	Control de Humo	<input type="checkbox"/>
Protocolo de actuación	<input type="checkbox"/>	Sistema de espuma	<input type="checkbox"/>
Capacitación de incendio	<input type="checkbox"/>	Sistema de enfriamiento	<input type="checkbox"/>
Iluminación de emergencia	<input type="checkbox"/>	Presurización de escaleras	<input type="checkbox"/>
Detección de incendio	<input type="checkbox"/>	Sistema fijo de agentes limpios y CO2	<input type="checkbox"/>
Alarma de incendio	<input type="checkbox"/>	Sistema automático de extinción en cocina	<input type="checkbox"/>

Observaciones / aclaraciones:

TÉCNICO REGISTRADO Y/O EMPR. INST. RESPONSABLE DE LA/LAS MEDIDAS INDICADAS EN ESTE FORMULARIO.

Nombre/s: Domicilio:
Apellido/s: Teléfono:
Cédula de identidad: Correo electrónico:
Formación: R.U.T.:
Razón Social Empr. Inst.: R.U.T. Empr. Inst.:
Nombre de fantasía: Número de registro ante DNB:

Firma: _____

Timbre

El que suscribe declara que a la fecha las medidas de protección contra incendio asesoradas se encuentran instaladas o implementadas según las condiciones del Proyecto y en correcto estado de mantenimiento.

(1) De la Declaración. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Resp. Responsabilidad. El técnico registrado asume la responsabilidad por la instalación/implementación de la/s medidas indicadas conforme al proyecto.



**DECLARACIÓN JURADA
PERSONAL EMPLEADO
RESPONSABILIDAD: PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA
RAZÓN SOCIAL**

ANEXO A.3

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.(Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:

Nombre de fantasía: RUT:

Dirección:

Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe en carácter de propietario o representante de la razón social⁽²⁾ de referencia, declara que el personal empleado se distribuye según el siguiente detalle:

Turno	Horario		Cantidad de personal
	Entrada	Salida	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:

Apellido/s: Teléfono:

Cédula de identidad: Correo electrónico:

Firma: _____

(1) De la declaración. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) En caso de firmar un representante, deberá encontrarse comprendido en la declaración de firmantes (Anexo B.2 del IT01) o adjuntar el testimonio notarial correspondiente.



**DECLARACIÓN JURADA
INSTALACIÓN ELÉCTRICA CONFORME A UTE
RESPONSABILIDAD: TÉCNICO REGISTRADO EN UTE**

ANEXO A.4

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatare irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal. (Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:

Nombre de fantasía: RUT:

Dirección:

Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe, técnico habilitado por UTE, declara que la instalación eléctrica del establecimiento a Autorizar ante la Dirección Nacional de Bomberos, se encuentra en cumplimiento de las disposiciones reglamentarias de UTE para la tensión contratada.

TÉCNICO REGISTRADO EN UTE

Nombre/s: Domicilio:

Apellido/s: Teléfono:

Cédula de identidad: Correo electrónico:

N.º de registro en UTE: R.U.T.:

Firma⁽²⁾: _____

(1) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Firma electrónica o copia de cédula del firmante.

(*) Para el caso de los PG la presente declaración deberá ser presentada en la etapa de Proyecto y actualizada junto con la documentación a presentar en la Etapa C3.



**DECLARACIÓN JURADA
VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN.
HOMOLOGACIÓN DE PRODUCTOS**

ANEXO A.5

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal. (Art.239 C.P.)

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente:

Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Razón social:

Nombre de fantasía:

RUT / BPS:

Dirección:

Departamento:

Localidad:

Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe en calidad de ⁽²⁾ de la empresa, con relación al expediente de homologación indicado en el cuadro respectivo, declaro la veracidad de la información consignada y que los documentos que acompañan la presente solicitud, son copia fiel de los originales y en caso contrario estaré incurriendo en delito contra el Código Penal vigente.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s:

Domicilio:

Apellido/s:

Teléfono:

Cédula de identidad:

Correo electrónico:

Firma⁽³⁾:

(1) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Indicar: propietario o representante legal de la razón social. En caso de firmar un representante legal, deberá adjuntar testimonio notarial correspondiente.

(3) Firma electrónica o copia de cédula del firmante.



**DECLARACIÓN
MANTENIMIENTO
RESPONSABILIDAD: PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL**

ANEXO B.1

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:

Nombre de fantasía: RUT:

Dirección:

Departamento: Localidad: Padrón/es:

MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIO INSTALADAS o IMPLEMENTADAS (si)

Medidas	Sí ⁽²⁾	No ⁽³⁾	Medidas	Sí ⁽²⁾	No ⁽³⁾
Muro Cortafuego (Categoría A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Señalización de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puertas cortafuego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extintores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso de vehículos de emergencia a la edificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad estructural contra incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocas de incendio exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartimentación horizontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartimentación vertical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aprovisionamiento de agua (Categoría A1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de materiales y revestimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna Seca + BIEx (Categoría A2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salidas de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de evacuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Control de Humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de actuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de espuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitación de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de enfriamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iluminación de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presurización de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detección de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema fijo de agentes limpios y CO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarma de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema automático de extinción en cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones / aclaraciones:

PROPIETARIO O RESPONSABLE LEGAL DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:

Apellido/s: Teléfono:

Cédula de identidad: Correo electrónico:

En calidad de propietario o representante de la razón social asumo la responsabilidad por el mantenimiento en buen estado de funcionamiento de las medidas contra incendio detalladas en el presente formulario acorde al marco normativo aplicable durante todo el periodo de vigencia de la Autorización comprometiéndose a no alterar la ubicación, accesibilidad, cantidad, tipo y características de las medidas dispuestas en el proyecto correspondiente.

Firma⁽⁴⁾: _____

(1) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Sí. La medida es parte del proyecto de protección contra incendios y se encuentra instalada / implementada.

(3) No. La medida no forma parte del proyecto de protección contra incendios.

(4) En caso de firmar un representante, deberá encontrarse comprendido en la declaración de firmantes (Anexo B.2 del IT01) o adjuntar el testimonio notarial correspondiente.



**DECLARACIÓN
AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLES FIRMANTES
RESPONSABILIDAD: PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL**

ANEXO B.2

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:

Nombre de fantasía: RUT:

Dirección:

Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe en carácter de propietario o representante legal de la razón social de referencia, autorizo a los siguientes firmantes⁽²⁾ a realizar gestiones ante la Dirección Nacional de Bomberos, con relación al expediente de asunto.

Nombre	Cédula	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:

Apellido/s: Teléfono:

Cédula de identidad: Correo electrónico:

Firma⁽³⁾:

(1) De la declaración. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Se debe adjuntar copia de cédula de cada uno de los firmantes.

(3) En caso de firmar el representante legal, deberá adjuntar el testimonio notarial correspondiente.



**DECLARACIÓN
CONOCIMIENTO DE EXCEPCIÓN
RESPONSABILIDAD: PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL**

ANEXO B.3

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios,
Presente

Quien suscribe en carácter de ⁽²⁾ , declara que se encuentra en conocimiento de las excepciones solicitadas para el expediente de referencia y asume la responsabilidad por la instalación de las medidas alternativas asesoradas por el Técnico registrado a cargo de la gestión, indicadas en el formulario F1A .

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:
Apellido/s: Teléfono:
Cédula de identidad: Correo electrónico:
Firma⁽³⁾: _____

(1) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Indicar: propietario o representante de la razón social.

(3) En caso de firmar un representante, deberá encontrarse comprendido en la declaración de firmantes (Anexo B.2 del IT01) o adjuntar el testimonio notarial correspondiente.



**DECLARACIÓN
CONOCIMIENTO DE MEDIDAS ADICIONALES
RESPONSABILIDAD: PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL**

ANEXO B.4

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Ddepartamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe en carácter de propietario o representante de la razón social de referencia, declaro que me encuentro en conocimiento de las medidas de carácter adicional a las exigencias de la normativa de Bomberos, asesoradas por el Técnico Registrado a cargo de la gestión según lucen en el formulario F1A.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:
Apellido/s: Teléfono:
Cédula de identidad: Correo electrónico:
Firma⁽²⁾: _____

(1) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) En caso de firmar un representante, deberá encontrarse comprendido en la declaración de firmantes (Anexo B.2 del IT01) o adjuntar el testimonio notarial correspondiente.



SOLICITUD
TRANSFERENCIA. CAMBIO DE TITULARIDAD DE LA AUT.⁽¹⁾
RESPONSABILIDAD: NUEVO PROPIETARIO / REPRESENTANTE
LEGAL

ANEXO B.5
V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha ⁽²⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:

Nombre de fantasía: RUT:

Dirección:

Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe, en carácter de ⁽³⁾ , solicito el cambio de titularidad de la autorización de referencia, según los datos aportado en el cuadro de identificación del establecimiento, tomando conocimiento que la misma mantendrá el período de vigencia de la autorización original.

Motiva la presente solicitud:

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:

Apellido/s: Teléfono:

Cédula de identidad: Correo electrónico:

Firma⁽⁴⁾: _____

(1) Para expedientes abonados, en estado diferente a **vigente** o **vigente inspeccionado**. Para expedientes en estado **vigente** o **vigente inspeccionado** se gestionarán a través del sistema informático.

(2) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(3) Indicar: nuevo propietario o representante legal de la razón social. En caso de firmar un representante legal, deberá adjuntar testimonio notarial correspondiente.

(4) Firma electrónica o copia de cédula del firmante.



SOLICITUD CAMBIO DE TÉCNICO

ANEXO B.6

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios,

Presente,

Quien suscribe, en carácter de ⁽²⁾ , solicito el cambio de Técnico Registrado responsable del expediente de referencia.

Motiva la presente solicitud:

PROPIETARIO O REPRESENTANTE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:
Apellido/s: Teléfono:
Cédula de identidad: Correo electrónico:
Firma⁽³⁾: _____

Quien suscribe declara asumir desde la fecha de notificación del cambio de técnico, la responsabilidad técnica por el expediente de referencia, abarcando el proyecto y/o la certificación.

TÉCNICO REGISTRADO

Nombre/s: Domicilio:
Apellido/s: Teléfono:
Cédula de identidad: Correo electrónico:
Firma⁽³⁾: _____

(1) De la solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Indicar: propietario o representante de la razón social. En caso de firmar un representante, deberá encontrarse comprendido en la declaración de firmantes (Anexo B.2 del IT01) o adjuntar el testimonio notarial correspondiente.

(3) Firma electrónica o copia de cédula del firmante.



**SOLICITUD
CANCELACIÓN DE TRÁMITE**

ANEXO B7

V.122022 Sección Análisis

El presente formulario debe presentarse completo digitalmente o legible, siguiendo las opciones correspondientes, sin enmiendas y con firmas originales. En caso de constatarse irregularidades, serán pasibles de la aplicación del marco legal.

REFERENCIA DE LA GESTIÓN

N.º Expediente: Categoría: Fecha⁽¹⁾:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social:
Nombre de fantasía: RUT:
Dirección:
Departamento: Localidad: Padrón/es:

Sr. Jefe del Departamento de Protección contra Incendios

Presente,

Quien suscribe, en carácter de ⁽²⁾ , solicita la cancelación de la gestión de referencia.

Motiva la presente solicitud:

TÉCNICO REGISTRADO, PROPIETARIO O RESPONSABLE DE LA RAZÓN SOCIAL

Nombre/s: Domicilio:
Apellido/s: Teléfono:
Cédula de identidad: Correo electrónico:
Firma⁽⁴⁾: _____

(1) De la Solicitud. Antigüedad menor a 180 días (6 meses) a la fecha de presentación.

(2) Indicar: Técnico registrado o propietario o representante de la razón social. En caso de firmar un representante, deberá encontrarse comprendido en la Declaración de Firmantes (Anexo B.1 del IT01) o adjuntar el testimonio notarial correspondiente

(3) Ley 19.535 (Art. 137 Censo Asoc. Civiles.).

(4) Firma electrónica o copia de cédula del firmante.