

Hospital San Juan de Dios
San José.

FECHA DE MODIFICACION:
MOTIVO DE MODIFICACION:
PROYECTO:

PROPIETARIO:

C.C.S.S.
PROVINCIA: CANTON: DISTRITO:
01 SAN JOSE



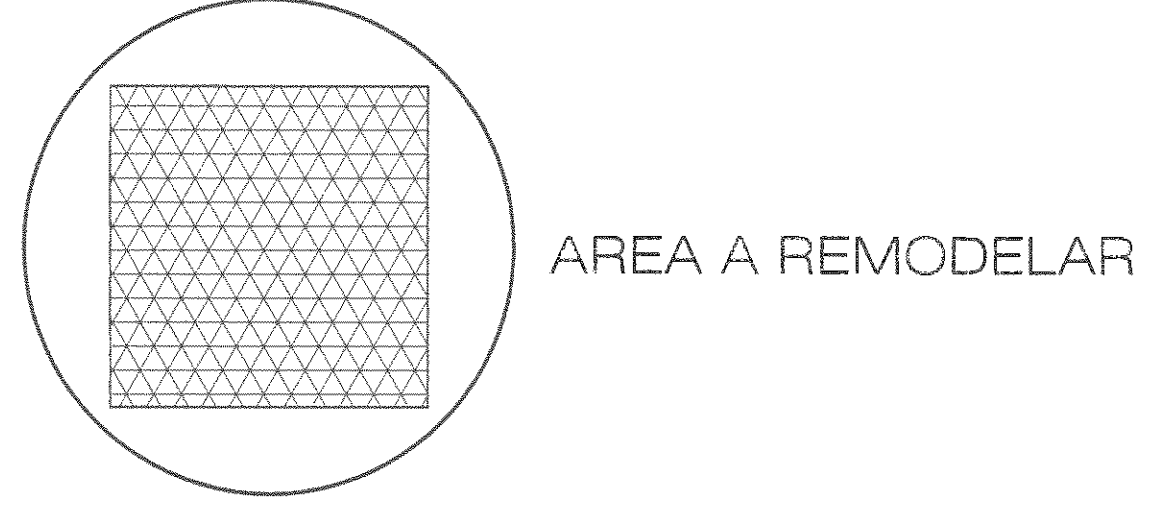
DISEÑO:
PROFESIONAL RESPONSABLE DISEÑO TÉCNICO:
NOMBRE:

FIRMA: CARNET N°:
PROFESIONAL RESPONSABLE DISEÑO:
NOMBRE:

FIRMA: CARNET N°:
PROFESIONAL RESPONSABLE INSPECCION:
NOMBRE:

FIRMA: CARNET N°:
INFORMACION REGISTRO PUBLICO:
PROPIETARIO:
N° CATASTRO:
SITAS:

CONTENIDO:



ESCALA	FECHA	LAMINA
INDICADA	Noviembre 06	ARQ
FECHA DE IMPRESION: Módulo: 20 del Noviembre de 2006 12:07:50 p.m.		01 01