



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO
PO BOX 190870
SAN JUAN, P.R. 00919-0870

AVISO

A partir del 15 de noviembre de 2006 deberá incluir el Certificado de Registro de Comerciantes o el Certificado de Exención sobre el Impuesto de Ventas y Uso (IVU) (vigente) expedido por el Departamento de Hacienda, según dispuesto en la Ley Núm. 117 de 4 de julio de 2006.

NOMBRE DEL CEDENTE

NOMBRE DEL CESIONARIO

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRASPASO

NÚM. DE AUTORIZACIÓN: _____

NÚM. DE TRASPASO: _____

PARA USO OFICIAL

Transporte de Carga

Transporte de Pasajeros

Otras Empresas

SOLICITUD:

CEDENTE

- Individuo
- Corporación
- Sociedad
- Sucesión
- Cooperativa
- Otros: _____

INDIVIDUO

- Individuo
- Corporación
- Sociedad/Sociedad Especial
- Cooperativa
- Otros: _____

I. INFORMACIÓN DEL CEDENTE:

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL INDIVIDUO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚMERO SEGURO SOCIAL			

DIRECCIÓN POSTAL

APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL			

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚMERO SEGURO SOCIAL			

PREGUNTAS	SI	NO	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	FECHA		
				DÍA	MES	AÑO
¿TIENE AL PRESENTE ALGUNA OTRA FRANQUICIA DE LA CSP?						
¿SE LE HA CANCELADO ALGUNA FRANQUICIA ANTERIORMENTE?						
¿HA TRASPASADO ALGUNA FRANQUICIA DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS?						

PREGUNTAS	SI	NO	SALDO		FECHA			CANTIDAD FINANCIADA
			SI	NO	DÍA	MES	AÑO	
¿TIENE O HA TENIDO GRAVAMEN SOBRE EL MEDALLÓN?								

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

B. INFORMACIÓN DEL CEDENTE EN CASO DE:

- CORPORACIÓN
- SOCIEDAD/SOCIEDAD ESPECIAL
- SUCESIÓN
- COOPERATIVA

NOMBRE CORPORACIÓN	NOMBRE COMERCIAL H/N/C/	NÚMERO SEG. SOC. PATRONAL	TEL. OFIC., RES. o FAX

DIRECCIÓN POSTAL

APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL			

CORREO ELECTRÓNICO:											
NOMBRE DEL PRESIDENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO											
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		INICIAL		NÚMERO SEGURO SOCIAL			
DIRECCIÓN POSTAL											
APARTADO o BUZÓN			PUEBLO		ZONA POSTAL		TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL				
CORREO ELECTRÓNICO:											

C. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA FRANQUICIA

¿CÓMO ADQUIRIÓ LA FRANQUICIA?

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ORIGINAL
FECHA: _____
Día/Mes/Año

AUTORIZACIÓN VENCERÁ:
FECHA: _____
Día/Mes/Año

SOLICITUD DE TRASPASO
NOMBRE DEL CEDENTE: _____

C1. TRANSPORTE DE CARGA o PASAJEROS

¿CUÁNTAS UNIDADES OPERA BAJO ESTA AUTORIZACIÓN? _____

¿ESTE TRASPASO INCLUYE FRANQUICIA?

¿CUÁNTAS UNIDADES VA A TRASPASAR? _____

SÍ NO

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO (SI ES MÁS DE UNA UNIDAD VER ANEJO DE VEHÍCULOS)

MARCA	AÑO	MARBETE	NÚM. REGISTRO	<input type="checkbox"/> CAJA	<input type="checkbox"/> REFRIGERADOR
				<input type="checkbox"/> TANQUE	<input type="checkbox"/> REMOLQUE
NÚM. TABLILLA	NÚMERO DE MOTOR			<input type="checkbox"/> TUMBA	<input type="checkbox"/> PLATAFORMA
				<input type="checkbox"/> OTROS: _____	

RUTA o ÁREA GEOGRÁFICA AUTORIZADA

DESDE	HASTA

C2. EMBARCACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA EMBARCACIÓN (SI ES MÁS DE UNA UNIDAD VER ANEJO EMBARCACIONES)

MARCA	AÑO	MATRÍCULA	#SALVAVIDAS	ANCHO	LARGO	CALADO	TIPO DE MOTOR

ÁREA OPERACIONAL AUTORIZADA

DESDE	HASTA

C3. FRANQUICIAS DE GAS LICUADO (FG)- VER LOS ANEJOS SI ES MÁS DE UNA PLANTA

DIRECCIÓN FÍSICA DE LA OFICINA PRINCIPAL

CALLE o CARR.	NÚM. O KM.	BARRIO o URB.	ZONA POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL

APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL

INDICAR EL SERVICIO A SER TRASPASADO

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANTA EMBOTELLADORA | <input type="checkbox"/> IMPORTADOR |
| <input type="checkbox"/> VENTA Y DISTRIBUCIÓN SERVICIOS DE GAS | <input type="checkbox"/> MAYORISTA |
| <input type="checkbox"/> VENTA DE CILINDROS Y ACCESORIOS | <input type="checkbox"/> A GRANEL |
| <input type="checkbox"/> REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE CILINDROS | <input type="checkbox"/> A DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> OTROS: _____ | |

ÁREA OPERACIONAL

C4. EMPRESAS DE VEHÍCULOS DE ALQUILER (VA)			
DIRECCIÓN FÍSICA DE LA OFICINA PRINCIPAL			
CALLE o CARR.	NÚM. o KM.	BARRIO o URB.	ZONA POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL			
APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL
INDICAR TIPO DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> CORTO PLAZO <input type="checkbox"/> LARGO PLAZO <input type="checkbox"/> NÚM. FLOTA			
ÁREA OPERACIONAL _____			

C5. EMPRESA	
TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> EMPRESA MUDANCERA (EM) <input type="checkbox"/> ALMACEN PÚBLICO (A)	NÚMERO DE UNIDADES: _____ (PARA DESCRIPCIÓN DE UNIDADES FAVOR UTILIZAR ANEJO)

DIRECCIÓN FÍSICA DE LA OFICINA PRINCIPAL			
CALLE o CARR.	NÚM. o KM.	BARRIO o URB.	ZONA POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL			
APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL

D. RAZONES PARA NO CONTINUAR OPERANDO

II. INFORMACIÓN DEL CESIONARIO:

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL INDIVIDUO										
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚM. SEGURO SOCIAL				FECHA DE NAC.		
								DÍA	MES	AÑO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL			
CALLE o CARR.	NÚM. o KM.	BARRIO o URB.	ZONA POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL			
APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL

CORREO ELECTRÓNICO: _____		
ESTADO CIVIL	NÚMERO DE LICENCIA	TIPO DE LICENCIA
		<input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> CHOFER <input type="checkbox"/> EQUIPO PESADO

INFORMACIÓN GENERAL DEL CÓNYUGE										
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚMERO SEGURO SOCIAL				FECHA DE NAC.		
								DÍA	MES	AÑO

¿POSEE USTED, SU CÓNYUGE U ALGÚN OTRO FAMILIAR ALGUNA FRANQUICIA EN LA CSP?										
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	RELACIÓN FAMILIAR	NÚMERO AUTORIZACIÓN

¿TIENE USTED OBLIGACIÓN ALIMENTARIA PARA MENORES? SÍ NO

De usted tener esta responsabilidad deberá radicar una Certificación de Cumplimiento de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). Si tiene deuda de pensión alimentaria someterá evidencia del plan de pago.

De no presentar la Certificación requerida, ésta solicitud será DENEGADA. Este requisito es **mandatorio** conforme a la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, conocida como la Ley Órgánica de la Administración para el Sustento de Menores, Artículo 30.

PREGUNTAS	SÍ	NO	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	FECHA		
				DÍA	MES	AÑO
¿TIENE AL PRESENTE ALGUNA OTRA FRANQUICIA DE LA CSP?				X	X	X
¿SE LE HA CANCELADO ALGUNA FRANQUICIA ANTERIORMENTE?						
¿HA TRASPASADO ALGUNA FRANQUICIA DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS?						
¿TIENE O HA TENIDO MEDALLÓN?			X	X	X	X

B. INFORMACIÓN DEL CESIONARIO EN CASO DE:

CORPORACIÓN SOCIEDAD/SOCIEDAD ESPECIAL COOPERATIVA

NOMBRE CORPORACIÓN	NOMBRE COMERCIAL H / N / C	NÚMERO SEG. SOC. PATRONAL

DIRECCIÓN POSTAL

APARATADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DEL PRESIDENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN POSTAL

APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL

CORREO ELECTRÓNICO: _____

C. ¿CUÁNTOS EMPLEOS DIRECTOS O INDIRECTOS GENERARÁ ESTA FRANQUICIA?

DIRECTOS: _____ INDIRECTOS: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información suministrada en esta solicitud es cierta y autorizo, de ser necesario, la misma sea corroborada. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico.

FIRMA DEL CEDENTE

FIRMA DEL CESIONARIO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Día/Mes/Año

JURAMENTO

AFFIDAVIT NÚM.: _____

Jurada y suscrita ante mí por _____, mayor de edad, estado civil _____ de profesión _____ vecino de _____ quien doy fe de haber identificado mediante _____ y por _____, mayor de edad, estado civil _____ de profesión _____ vecino de _____ de quien doy fe de haber identificado mediante _____ en _____, Puerto Rico hoy ____ de _____ de _____.



Notario Público o Funcionario de la CSP

REQUISITOS GENERALES**1. PERSONA NATURAL:**

- a) 2 fotos a Color tamaño 2" x 2".
- b) Cartas de endos o contratos de posibles clientes que demuestren la necesidad o conveniencia del servicio solicitado.
- c) Certificado de Historial Choferil expedida por el D.T.O.P. [6 meses].
- d) Certificación de A.S.U.M.E. o Plan de Pago (si es casado de ambos Cónyuges) [30 días].
- e) Certificación Negativa de Deuda del Dpto. de Hacienda (últimos 5 años) [1 año].
- f) Formulario SC-2781 del Dpto. de Hacienda (si no rindió la Planilla de Contribución sobre Ingresos).
- g) Certificado Negativo de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico [6 meses].
- h) Certificado Médico (suministrado por la C.S.P.) [30 días].
- i) Certificado de Nacimiento (Original), Fe de Bautismo (copia) o forma 214 del Ejército de los Estados Unidos (copia).
- j) Copia de la Licencia de conducir expedida por el D.T.O.P.
- k) Recibo de pago del arancel y/o regalías.
- l) Certificación del Seguro Social Choferil expedido por el Dpto. del Trabajo [30 días] permiso nuevo; [3 meses] si es concesionario, que cubra el pago para el trimestre en el cual está radicando la solicitud.
- m) Si es extranjero deberá mostrar evidencia de su ciudadanía, ya sea Pasaporte o Certificación de Residencia.
- n) Si es menor de 21 años, deberá radicar copia certificada del
- o) Certificado de Matrimonio o Escritura de Emancipación.
- p) Prueba de Dopaje [10 días] para permiso nuevo para el Transporte de Carga y [30 días] para licencia de operador.
- q) Prueba de Glucosa [30 días].
- r) Permiso de A.R.P.E. (si aplica).

2. SOCIEDAD Y/O SOCIEDAD ESPECIAL:

- a) Certificado de Historial Choferil de cada socio (expedida por el D.T.O.P.) [6 meses].
- b) Certificación de A.S.U.M.E. o Plan de Pago (si es casado de ambos Cónyuges) [30 días].
- c) Certificado de Nacimiento Original de cada socio.
- d) Certificado Negativo de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico [6 meses].
- e) Certificación Negativa de Deuda del Dpto. de Hacienda o Plan de Pago de la Sociedad [30 días].
- f) Certificado Médico de cada socio (suministrada por la C.S.P.).
- g) Copia certificada de la Escritura Social.
- h) Copia del Reglamento de la Sociedad.
- i) Estado Financiero de cada socio certificado por un C.P.A. (con el sello original del C.P.A.).
- j) Evidencia de Registro en el Dpto. de Hacienda.
- k) Recibo de pago de arancel y/o regalías.
- l) Resolución de la Junta mediante la cual se certifica al Representante de la misma ante la C.S.P.
- m) Certificación del Seguro Social Choferil expedida por el Dpto. del Trabajo [30 días] permiso nuevo; [3 meses] si es concesionario, que cubra el pago para el trimestre en el cual se está radicando la solicitud.
- n) Certificación de Radicación de Planillas de la Sociedad expedida por el Dpto. de Hacienda (últimos 5 años) [1 año].
- o) 2 fotos a Color tamaño 2" x 2" de cada socio.
- p) Documento acreditativo de la composición de la Junta de Directores.
- q) Cartas de endoso o contratos de posibles clientes que demuestren la necesidad o conveniencia del servicio solicitado.
- r) Permiso de Uso de A.R.P.E. (si aplica).

3. CORPORACIÓN:

- a) 2 fotos a Color tamaño 2" x 2" del Presidente o su Representante Autorizado.
- b) Artículos de Incorporación o Reglamento de la Corporación.
- c) Certificación Negativa de Deuda del Dpto. de Hacienda, de la Corporación o Plan de Pago [30 días].
- d) Certificación de Radicación de Planillas del Dpto. de Hacienda de la Corporación (últimos 5 años) [1 año].
- e) Certificado Negativo de Antecedentes Penales del Presidente o su Representante Autorizado [6 meses].
- f) Certificado de Conducta Corporativa (Good Standing) expedido por el Dpto. de Estado.
- g) Certificado de Incorporación expedido por el Departamento de Estado.
- h) Estado Financiero certificado por un C.P.A. (con el sello original del C.P.A.).
- i) Recibo de Pago de arancel y/o regalías.
- j) Resolución de la Junta mediante la cual certifica a su Presidente o su Representante ante la C.S.P.
- k) Documento acreditativo de la composición de la Junta de Directores.
- l) Cartas de endoso o contratos de posibles clientes que demuestren la necesidad o conveniencia del servicio solicitado.
- m) Permiso de Uso de A.R.P.E. (si aplica).
- n) Certificado del Seguro Social Choferil de la Corporación [30 días].

4. MUNICIPIOS O AGENCIAS ESTATALES:

- a) Carta del Alcalde o Director de la Agencia autorizando a la persona a representarlo ante la C.S.P.
- b) Carta del Alcalde o Representante solicitando que se le exima del pago de arancel.
- c) Carta del Alcalde o representante autorizado en la cual solicita autorización para operar franquicia.
- d) Carta de Endoso o Contrato de posibles clientes que demuestren la necesidad o conveniencia de lo solicitado (mínimo de 3 por unidad).
- e) Recibo oficial acreditativo del pago de arancel o carta del Presidente de la C.S.P. exonerando el pago de arancel. Póliza de Seguros.

5. REQUISITOS ADICIONALES (CUANDO APLIQUE):

- a) Inspección de las unidades.
- b) Inspección del Local.
- c) Póliza de Seguros.
- d) Licencia de Operador de la C.S.P.
- e) Certificado de autorización y licencia.
- f) Cartas que indiquen los sectores, barrios y escuelas que ubican dentro del área en donde solicita la autorización (permiso escolar).
- g) Endoso(s) del Departamento de Salud.

6. REQUISITOS ADICIONALES (EMBARCACIÓN):

- a) Embarcación de siete (7) pasajeros o más: Certificado de Inspección, Documentación y Prueba de Estabilidad expedidos por la Guardia Costanera de los Estados Unidos.
- b) Licencia de Capitán expedida por la Guardia Costanera de los Estados Unidos, de los Capitanes que operarán la embarcación.
- c) Certificado de Inscripción de Numeración de la embarcación expedida por el Comisionado de Navegación del D.R.N.A. Certificación o relación de multas expedidas sobre la embarcación por la: C.S.P., el Cuerpo de Vigilantes del D.R.N.A. y la Guardia Costanera de los Estados Unidos.
- d) Inspección de Cortesía de la Guardia Costanera Auxiliar de los Estados Unidos o del Cuerpo de Vigilantes del D.R.N.A. (si la embarcación es de 6 pasajeros o menos).
- e) Carta Náutica indicando la travesía o Ruta Marítima de Operación.
- f) Póliza de Seguros de la Embarcación.
- g) Tarifas a cobrar.
- h) Inspección de la C.S.P.

7. REQUISITOS ADICIONALES (FRANQUICIAS DE GAS):

- a) Endoso para el Almacenamiento de Cilindros de Gas en una Compañía autorizada por la C.S.P.
- b) En caso de construcción de plataformas: Planos del Terreno en donde se va a construir la plataforma y Permiso de Uso de A.R.P.E.
- c) En caso de operación de planta: Planos de localización de la planta, Certificado de Inspección para la construcción de la planta expedido por la Junta de Calidad Ambiental y Certificado de Inspección expedido por el Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico a favor del local.
- d) Carta de Endoso o Contrato de posibles clientes que demuestren la necesidad o conveniencia de lo solicitado.
- e) Permiso de Uso de A.R.P.E. a favor de la Oficina de Ventas de la Compañía.
- f) Póliza de Seguros.

8. REQUISITOS ADICIONALES (AMBULANCIAS):

- a) Tarifas propuestas por millas y pueblos del área de operación.
- b) Carta de Endoso o Contrato de posibles clientes u hospitales que demuestren la necesidad o conveniencia de lo solicitado.
- c) Endosos del Departamento de Salud.
Póliza de Seguros.
- d) Licencia de cada uno de los operadores, si es provisional deberá acompañarla con los certificados de cursos técnicos de emergencias médicas.

**9. REQUISITO ESPECIAL (TRANSACCIONES):
(a partir del 15 de noviembre de 2006)**

- a) Certificado de Registro de Comerciantes o Certificado de Exención sobre el Impuesto de Ventas y Uso (IVU) (vigente) expedido por el Departamento de Hacienda, según dispuesto en la Ley Núm. 117 de 4 de julio de 2006.