



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

USTED PUEDE OBTENER ESTE
FORMULARIO EN LA SECCIÓN
DE SERVICIOS DE LA PÁGINA
DE INTERNET DE LA CSP
www.csp.gobierno.pr

Nombre del Cedente

Nombre del Cesionario

Núm. de Traspaso

Núm. de Autorización

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRASPASO

Transporte de Carga

Transporte de Pasajeros

Otras Empresas

TIPO DE 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	TEL. OFIC., RES., CEL. o FAX

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

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			TEL. OFICINA, RES., FAX					
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						NÚM. DE UNIDADES: _____								
<input type="checkbox"/> EMPRESA MUDANCERA (EM) <input type="checkbox"/> ALMACEN PÚBLICO (A)						(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			TEL. OFICINA, RES., CEL. o FAX					
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			TEL. OFICINA, RES., CEL. o FAX					
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 ESP. COOPERATIVA

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

DIRECCIÓN POSTAL

APARATADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TEL. OFICINA, RES., CEL. o FAX

NOMBRE DEL PRESIDENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	INICIAL	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN POSTAL

APARTADO o BUZÓN	PUEBLO	ZONA POSTAL	TEL. OFICINA, RES., CEL. o FAX

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

Núm. de Identificación

Núm. 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 _____.

Sello Notarial

Notario Público o Funcionario de la CSP

REQUISITOS GENERALES (marcar la letra de los requisitos correspondientes a la Autorización de Traspaso):**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.

OTROS REQUISITOS: _____

CERTIFICACIÓN DE RECIBO DE DOCUMENTOS POR FUNCIONARIO AUTORIZADO

*	*
Nombre del Funcionario Autorizado de la CSP	Firma del Funcionario Autorizado de la CSP
*	
Día/Mes/Año	

***El Funcionario Autorizado de la CSP que procesa esta solicitud deberá iniciar con sus iniciales y la fecha en cada una de las páginas de esta solicitud.**

PARA USO OFICIAL- DIRECTOR(A) REGIONAL

<input type="checkbox"/> * APROBADO <input type="checkbox"/> NO APROBADO	* Director(a) Oficina Regional de _____ Día/Mes/Año
Observaciones: _____ _____ _____	

***NOTA: La Comisión no autorizará Autorizaciones de Traspaso a Concesionarios que tengan Pólizas de Seguro vencidas y deudas sin pagar. El Cedente y el Cesionario completará el Adéndum de Registro de Información en su totalidad.**