



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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Petionario

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dirección

Núm. de Autorización: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

**SOBRE: CERTIFICADO DE VIGENCIA DE  
EMBARCACIÓN**

### SOLICITUD

#### 1) MOTIVO:

- PERMISO NUEVO  
 TRASPASO  
 ADICIÓN

- SUSTITUCIÓN  
 RENOVACIÓN  
 OTRO \_\_\_\_\_

#### 2) DESCRIPCIÓN DE LA EMBARCACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_  
Largo: \_\_\_\_\_ Ancho: \_\_\_\_\_  
Puntal: \_\_\_\_\_ Calado: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_

#### 3) ÁREA OPERACIONAL: \_\_\_\_\_

Se acompaña esta solicitud con los requisitos necesarios para el trámite de la misma y la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ dólares por concepto de Pago de Arancel correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Concesionario

\_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

#### 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

- \* APROBADO  
 NO APROBADO

\* \_\_\_\_\_  
Director(a)  
Oficina Regional de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Día/Mes/Año

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*NOTA: La Comisión no expedirá Certificados de Vigencia a Concesionarios que tengan Pólizas de Seguro vencidas y deudas sin pagar.  
El Concesionario completará el Adéndum de Registro de Información en su totalidad.**