

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos de

A TODO EL PUEBLO DE PUERTO RICO

CARTA CIRCULAR NÚM. VIII-2018 - MANEJO DE SOLICITUDES INCOMPLETAS, FORMULARIOS VIGENTES, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE PERMISOS PROVISIONALES, MANEJO DE SOLICITUDES DE CAMBIO DE TABLILLAS PÚBLICAS POR PRIVADAS, VEHÍCULOS DE CABIDA INTERMEDIA UTILIZADOS PARA OFRECER EL SERVICIO DE EXCURSIONES TURÍSTICAS Y DESIGNACIÓN DE OFICIAL EXAMINADOR ESPECIAL.

A. MANEJO DE SOLICITUDES PRESENTADAS A PARTIR DE LA APROBACIÓN DE LA LEY DE TRANSFORMACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO Y EL CÓDIGO DE REGLAMENTOS.

El 6 de agosto de 2017 entró en vigor la Ley de Transformación Administrativa de la Comisión de Servicio Público, Ley 75-2017. Por otra parte, el 5 de mayo de 2018 entró en vigor el Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, Reglamento Núm. 9020 de 5 de abril de 2018.

Debido a los cambios significativos en el manejo de solicitudes advenidos en virtud de estas piezas legislativas y reglamentarias, respectivamente, al presente, y a pesar de todos los esfuerzos realizados por nuestros funcionarios para trabajar con un expediente completo, existen varias solicitudes bajo evaluación administrativa que no cumplen con todos los requisitos dispuestos en el Código de Reglamentos, *supra*.

Con el fin de agilizar la evaluación de estos casos, sin perjudicar a los peticionarios que cumplieron con la presentación de los documentos o la información solicitada por el Negociado al momento de presentar su solicitud, se aceptarán solicitudes presentadas entre el 5 de mayo de 2018 y el 1.º de julio de 2018 conforme a los requisitos reglamentarios vigentes previo a la fecha en la cual entró en vigor el Código de Reglamentos, *supra*.

Por otra parte, se ordena a la Oficina de Examinadores a redactar las Resoluciones y Órdenes correspondientes a las solicitudes presentadas desde el 2 de julio de 2018 hasta el 6 de septiembre de 2018 autorizando la operación del servicio solicitado de manera condicionada a la presentación de los documentos o la información que sea necesaria para cumplir con la reglamentación aplicable. En estos casos, el peticionario no podrá comenzar a operar hasta tanto cumpla con la(s) condición(es) impuesta(s) por el Negociado. Al peticionario se le concederá el término de treinta (30) días para cumplir con estas condiciones. Los documentos presentados por los peticionarios para cumplir con dichas condiciones deberán cumplir con el Subcapítulo I del Capítulo III del Código de Reglamentos, supra. En particular, los documentos emitidos por agencias gubernamentales deberán cumplir con el término estipulado en el Código en relación con la fecha de presentación del documento ante el Negociado, no la fecha de presentación de la solicitud. De no cumplir con la(s) condición(es) impuesta(s), el caso será archivado.

Toda solicitud incompleta presentada a partir del 7 de septiembre de 2018 en adelante será devuelta a la Oficina Regional de origen. Los funcionarios de dicha oficina deberán comunicarse con el peticionario para completar el expediente administrativo para su referido a la Oficina de Examinadores. Estos casos sólo podrán ser referidos a la Oficina de Examinadores si el formulario fue completado en su totalidad, contiene las firmas del peticionario y el funcionario del NTSP y se acompaña de los documentos y la información requeridos de conformidad con el Código de Reglamentos, supra.

WAF

Para efectos de facilitar la interpretación de esta Carta Circular, a continuación se desglosa el estado de derecho aplicable conforme a la fecha de presentación de la solicitud:

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD	REQUISITOS APLICABLES
5 de mayo a 1.º de julio de 2018	Requisitos reglamentarios vigentes previo al Código de Reglamentos.
2 de julio a 6 de septiembre de 2018	Código de Reglamentos. Se emitirá Resolución y Orden condicionada.
7 de septiembre en adelante	Código de Reglamentos. Será devuelta a la Oficina Regional de origen para completar el expediente administrativo.

B. FORMULARIOS EMITIDOS EN VIRTUD DE LA APROBACIÓN DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO.

Se incluyen como anejos a la presente Carta Circular los siguientes formularios oficiales, adelantados mediante correo electrónico a los Directores de las Oficinas Regionales del NTSP:

- 1. Solicitud de Autorización | Persona Natural
- Solicitud de Autorización | Corporación o Compañía de Responsabilidad Limitada
- 3. Solicitud de Autorización | Sociedades y otras Organizaciones
- 4. Solicitud para Añadir Servicios a una Franquicia
- 5. Solicitud de Adición de Unidad
- 6. Solicitud de Sustitución de Unidad
- 7. Solicitud de Cambio de Tablilla por Deterioro, Destrucción, Hurto o Pérdida
- 8. Solicitud de Cambio de Tablilla Pública por Privada
- 9. Certificación de Reinspección por Multas Administrativas
- 10. Formulario de Querella
- 11. Solicitud de Eliminación de Multas por Concepto de Transporte y Distribución de Gas Licuado de Petróleo
- 12. Solicitud de Autorización de Empresa de Taxi (TX) | Persona Natural
- 13. Solicitud de Autorización de Empresa de Taxi (TX) | Corporación o Compañía de Responsabilidad Limitada
- 14. Solicitud de Autorización de Empresa de Taxi (TX) | Sociedades y otras Organizaciones
- 15. Solicitud de Autorización de Empresa de Red de Transporte (ERT) | Persona Natural
- 16. Solicitud de Autorización de Empresa de Red de Transporte (ERT) | Corporación o Compañía de Responsabilidad Limitada
- 17. Solicitud de Certificación de Ambulancias Categorías I y II | Persona Natural
- 18. Solicitud de Certificación de Ambulancias Categorías I y II | Corporación o Compañía de Responsabilidad Limitada
- 19. Solicitud de Certificación de Ambulancia Categoría III | Persona Natural
- 20. Solicitud de Certificación de Ambulancia Categoría III | Corporación o Compañía de Responsabilidad Limitada
- 21. Solicitud de Certificación de Ambulancia Categoría IV (Aérea) | Persona Natural



- 22. Solicitud de Certificación de Ambulancia Categoría IV (Aérea) | Corporación o Compañía de Responsabilidad Limitada
- 23. Anejo A de la Solicitud de Certificación de Ambulancia
- 24. Anejo B de la Solicitud de Certificación de Ambulancia
- 25. Hoja de Inspección de Ambulancia Categoría I
- 26. Hoja de Inspección de Ambulancia Categoría II
- 27. Hoja de Inspección de Ambulancia Categoría II Bariátrica
- 28. Hoja de Inspección de Ambulancia Categoría III
- 29. Hoja de Inspección de Ambulancia Categoría III Bariátrica
- 30. Hoja de Inspección de Ambulancia Categoría IV (Aérea)
- 31. Certificación de Inspección de Ambulancia en el NTSP
- 32. Certificación de Inspección de Ambulancia en el Despacho y/o Facilidades
- 33. Hoja de Evaluación e Inspección de Despacho de Ambulancias

Se reitera que estos formularios sustituyen cualquier formato utilizado anteriormente para atender el asunto correspondiente. No obstante, se mantiene vigente cualquier otro formulario que no ha sido sustituido.

C. INTERPRETACIÓN DEL REQUISITO DE PRESENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE RADICACIÓN DE PLANILLAS EN EL CRIM.

El Artículo I, sobre "Requisitos para la Solicitud de Autorización Nueva", del Subcapítulo I del Capítulo III del Código de Reglamentos, *supra*, dispone que todo peticionario deberá presentar una Certificación de Radicación de Planillas expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM). Dicha disposición no contempla que algunos peticionarios no han comenzado a operar un negocio para el cual deban cumplir con la contribución sobre propiedad mueble y presentar la planilla correspondiente.

Se interpreta que se aceptará la certificación negativa de radicación de planilla, o su equivalente, emitida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM), para cumplir con el requisito de referencia. No obstante, esta interpretación sólo aplicará a solicitudes de autorización nueva.

D. USO DE CORREOS ELECTRÓNICOS.

En virtud de la Ley de Transformación Administrativa de la Comisión de Servicio Público, *supra*, el Negociado se encuentra en la transición a la notificación electrónica de sus determinaciones.

Para esto reiteramos que es imprescindible que los funcionarios del Negociado registren la dirección de correo electrónico de todo peticionario, operador, concesionario, representante autorizado, parte y representante legal. Este ejercicio es esencial para la agilización de los procedimientos ante el Negociado y representa un ahorro para el Gobierno de Puerto Rico, por lo cual es esencial que contemos con su cumplimiento con esta directriz.

E. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE PERMISOS PROVISIONALES VENCIDOS.

A pesar de los esfuerzos de nuestro personal, entendemos que varios Permisos Provisionales emitidos en virtud de la aprobación de la Ley de Transformación Administrativa, *supra*, están próximos a vencer o han vencido sin que se haya evaluado de manera final la solicitud correspondiente. Con el fin de no perjudicar la operación de los negocios afectados, se extiende la vigencia de dichos permisos automáticamente por un (1) año adicional, si la dilación en la adjudicación del caso de manera final fue provocada por el NTSP.

F. SOLICITUD DE CAMBIO DE TABLILLAS PÚBLICAS POR PRIVADAS.

Se ordena a las Oficinas Regionales a evaluar las solicitudes de cambio de tablillas públicas por privadas en los casos en los cuales el peticionario no es el



concesionario autorizado. El funcionario del Negociado deberá evaluar que la declaración jurada presentada por el peticionario acredite haber realizado un esfuerzo razonable para lograr que el concesionario presentara la solicitud y explique todas las gestiones realizadas para localizar al concesionario, las cuales deben incluir llamadas telefónicas, correos electrónicos, visita a direcciones conocidas y cualquier otra gestión relacionada. El cambio de tablillas públicas por privadas no podrá concederse si existen deudas de la franquicia o el concesionario original en los registros del Negociado. Si el concesionario no tiene otras unidades autorizadas bajo dicha franquicia, la misma será cancelada automáticamente.

G. VEHÍCULOS DE CABIDA INTERMEDIA UTILIZADOS PARA OFRECER EL SERVICIO DE EXCURSIONES TURÍSTICAS (ET).

El Código de Reglamentos, *supra*, contempla el uso de vehículos de cabida intermedia para ofrecer el servicio de Excursiones Turísticas (ET). No obstante, según redactado, se podría interpretar que sólo se admiten vehículos tipo autocar o autobús, de mayor cabida, para ofrecer este servicio. La Sección 11.40 de dicho reglamento dispone que el Presidente "podrá modificar o imponer requisitos adicionales de equipo y seguridad, así como modificar, ampliar o reducir los aquí establecidos mediante documento guía, sin necesidad de enmendar este Reglamento".

Conforme a lo anteriormente expuesto, se aclara que el Capítulo XI del Código de Reglamentos, supra, admite el uso de vehículos de cabida intermedia, incluyendo vehículos tipo camioneta, comúnmente conocido como "van", para ofrecer el servicio de Excursiones Turísticas (ET). El criterio más importante al evaluar estas solicitudes es que el vehículo haya sido diseñado por su manufacturero para el transporte de pasajeros, en cumplimiento a las leyes estatales y federales aplicables.

H. DESIGNACIÓN DE OFICIAL EXAMINADOR ESPECIAL.

Se designa al Sr. Miguel A. Rosado López como Oficial Examinador Especial en virtud del Artículo 7 de la Ley de Servicio Público de Puerto Rico, Ley Núm. 109 de 28 de junio de 1962, según enmendada, y se delegan en éste las facultades dispuestas en el Inciso (c) de dicho Artículo.

I. NOTIFICACIÓN.

Se deroga todo Acuerdo, Orden Ejecutiva y Carta Circular aprobado(a) por la Comisión de Servicio Público y el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos que sea incompatible con la presente Carta Circular. La derogación aquí decretada se limitará a aquella parte que sea directamente incompatible con lo aquí dispuesto.

Se ordena a la Oficina de Secretaría del Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos, en coordinación con el Centro de Sistemas de Información, a colocar copia de la presente Carta Circular de forma clara y expresa en la página web oficial del NTSP, una vez sea notificada.

NOTIFÍQUESE copia de la presente Carta Circular mediante correo electrónico a todos los funcionarios del Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.

En San Juan, Puerto Rico, a 2 de octubre de 2018.

Luis D. García Fraga Rresidente



Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos Carta Circular Núm. VIII-2018 Pág. 5 de 5

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO que hoy, OCT 0 2 2018 , he archivado en autos y remitido copia de la presente Carta Circular mediante correo electrónico a todos los funcionarios del Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos y remitido el documento al Director del Centro de Sistemas de Información para su publicación en la página web oficial del NTSP.

CSP

Wanda E A Sylinones Wanda E. Rodríguez Quiñones Secretaria

ANEJOS



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

PERSONA NATURAL

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

1.	FECHA DE LA S	SOLICITUD				2. NÚM	IERO DE SOLI	CITUD	
	Día:	Mes:		_ Año:					
3.	TIPO DE SOLIC								
4	TIDO DE EDANI			NUEVA		RENOVAC	IÓN		
4.	TIPO DE FRANC	QUICIA SOLICITAI	JA .						
5.	INFORMACIÓN	DEL PETICIONAR	lO						
	Nombre del	1							1
	Peticionario:	Apellido	o Paterno	Apellido	Materno	Nombre		Inicial	 -
Núr	mero de Seguro Social:			-		-			
Fecha	de Nacimiento:		Día		Mes		_	Año	
			Dia		Mes	•		,	
		I							
Direcc	ión Residencial:								
		Ciudad			Estado		Zona	Postal	I
		1							
D	irección Postal:	I							
		lCiudad			Estado		Zona	Postal	
Teléfo	ono Residencial:	()				Celular:			
Teléfor	no de la Oficina:	()			Ext.:				
Núme	ro de Facsímile:								
Cori	reo Electrónico:								
	Página Web:								
Licenc	Página Web:		Categoría:		Fecha de	Vencimiento		/	
	cia de Conducir:	nta o ha ostentado		ación confe			Día	Mes ervicios Públic	Año
	cia de Conducir:	nta o ha ostentado	alguna autoriz	ación confe			Día		
Especifi	cia de Conducir:		alguna autoriz		rida el Negocia o		Día Día Orte y otros S		
Especifi	cia de Conducir:		alguna autoriz		rida el Negocia o	do de Transp	Día Día Orte y otros S		
Especifi Tipo	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización:		alguna autoriz		rida el Negocia o	do de Transp	Día Día Orte y otros S		
Especifi Tipo	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME		alguna autoriz		rida el Negocia o	do de Transp	Día Día Orte y otros S		
Tipo 6.	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME	ERCIAL	alguna autoriz		rida el Negocia o	do de Transp	Día Día Orte y otros S		
Tipo 6.	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME	ERCIAL	alguna autoriz		rida el Negocia o	do de Transp	Día Día Orte y otros S		
Tipo 6.	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME DIRECCIÓN FÍS	ERCIAL SICA DEL LOCAL	alguna autoriz	sí	rida el Negocia o	do de Transp Autorización:	Día Día Orte y otros S		
Tipo 6.	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME	ERCIAL SICA DEL LOCAL	alguna autoriz	sí	rida el Negocia o	do de Transp	Día Día Orte y otros S		
Tipo 6.	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME DIRECCIÓN FÍS	ERCIAL SICA DEL LOCAL DE PERMISO DE U	elguna autoriz	sí	ida el Negociad NO Número de A	do de Transpo Autorización: Zona Pos	Día Día Orte y otros S		
Tipo 6.	cia de Conducir: ique si usted oster de Autorización: NOMBRE COME DIRECCIÓN FÍS	ERCIAL SICA DEL LOCAL	elguna autoriz	sí	ida el Negociad NO Número de A	do de Transpo Autorización: Zona Pos	Día Día Orte y otros S		

9.	INVENTARIO DETALLADO DE LOS VEHÍCULOS	
	Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de ha	berlos
	adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo los siguientes: • Marca	
	Modelo	
	 Año Número de Serie o VIN 	
	Número de Tablilla	
	Número de Registro Canic de Registro	
	Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia)	
10.	DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS VEHÍCULOS AUTORIZAD CUANDO ESTÉN FUERA DE OPERACIÓN O FUERA DE SERVICIO	os
	COANDO ESTENT CENA DE CFENACION O TOEIXA DE SERVICIO	
		I
	Ciudad Estado Zona Postal	
Sec. 3.1	8 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD COMO PERSONA NATURAL	
Eavor d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	
1. T	Licencia de Conducir	V
"	Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas de Puerto Rico (DTOP).	
2.	Certificado de Nacimiento	
	Expedido por el Registro Demográfico de Puerto Rico . (Original)	
	• Si el peticionario es ciudadano extranjero, presentará el certificado emitido por el Servicio de Ciudadanía e	
	Inmigración de los Estados Unidos de América (USCIS, por sus siglas en inglés) que evidencie su habilidad para trabajar en Puerto Rico.	
3.	Certificado Negativo de Antecedentes Penales (Original)	
	Expedido por la Policía de Puerto Rico . Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición. • Si el peticionario es ciudadano extranjero y no haya residido en Puerto Rico durante los últimos cinco (5) años	
	previo a la presentación de la solicitud de autorización, deberá acompañar, adicionalmente, un <i>Certificado de</i>	
	Antecedentes Penales expedido por la autoridad correspondiente al lugar o lugares en donde haya residido durante dicho término.	
4.	Certificación de Deuda (Original)	
	Expedida por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico . Se someterá dentro del término de treinta (30) días	
	 desde su expedición. En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan de pago. 	
5.	Certificación de Radicación de Planillas sobre Contribución de Ingresos de los últimos cinco (5) años	
•	contributivos. (Original)	
	Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
	Este documento deberá incluir el año contributivo vencido más reciente al momento de la radicación. Si la persona no rinde o no rindió planillas en alguno de los años contributivos, deberá presentar el formulario intitulado	
	"Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos", Modelo SC-2781 , que proyee el Departamento de Hacienda,	
	debidamente cumplimentado.	
6.	Certificado de Registro de Comerciante. (Original) Expedido por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
7.	Certificación de Radicación de Planillas del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). (Original)	
	Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
8.	Certificación de Deuda del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). (Original) Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
9.	Certificación de Registro y Certificación de Deuda del Programa de Seguro Social para Choferes y Otros	
	Empleados. (Original)	
	Expedida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico. No podrá exceder de treinta (30) días de expedido al momento de su presentación.	
	Si el peticionario es concesionario de este Organismo, deberá presentar la certificación que acredite el pago del (de las) tripostra (s) conventa distra (s) el marcanta de su concentra i én	
	del (de los) trimestre(s) correspondiente(s) al momento de su presentación.	
10.	Certificación de Cumplimiento expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994, según enmendada. (Original)	
	No podrá exceder el término de treinta (30) días de expedida al momento de su presentación.	
	 En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan de pago. En caso de que se encuentre en proceso de apelación o en algún trámite posterior deberá presentar 	
	documentación que así lo evidencie.	
11.	Certificación de Radicación de Planillas expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM)	
12.	Certificación de Deuda por Todos los Conceptos expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM)	
13.	Recibo de Pago del Arancel del NTSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito: Visa o MasterCard)	
	Solicitud nueva	
	Renovación de Autorización	
	Permiso Provisional \$ 200.00	
	Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan unidades exclusivamente de menor cabida y los Conductores de Empresas de Red de Transporte (C.E.R.T.)	
	monor capida y 103 conductores de Empresas de Ned de Transporte (C.E.R.T.)	

DECLARACIÓN JURADA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONA NATURAL

Yo,	,	mayor d	e edad,	estado	civil		, de profesión
	_ y vecino(a) de la ciudad de						
convicto(a), ni he	e sido declarado(a) culpable, ya sea cor	no autor(a)	o cooper	ador(a), e	n la jurisdicción d	le Puerto Rico, e	en la jurisdicción
federal o en cual	quiera de los estados de los Estados Uni	dos por cua	ılquiera de	e los delito	s que se enumera	an a continuació	n:
i.	Apropiación ilegal agravada, en todas s	sus modalid	ades;				
ii. 	extorción;						
iii. iv.	fraude en las construcciones; fraude en la ejecución de obras de cons	strucción:					
v.	fraude en la entrega de cosas;	J. 1 4 CO 1011,					
vi.	Intervención indebida en los procesos o	de contrata	ción de su	bastas o e	n las operaciones	del Gobierno;	
vii.	soborno, en todas sus modalidades;						
viii. ix.	soborno agravado; oferta de soborno;						
x.	influencia indebida;						
xi.	delitos contra fondos públicos;						
xii.	preparación de escritos falsos; presentación de escritos falsos;						
xiii. xiv.	falsificación de documentos;						
XV.	posesión y traspaso de documentos fal	sificados;					
CERTIFICO Y JU	JRAMENTO que he presentado todos los	s document	os requeri	idos en el e	Código de Reglam	nentos para la p	resente solicitud
	ha sido cancelada alguna otra autoriza						
	miembro de la Junta de alguna entidad						
cargos en mi cor	ntra según las disposiciones aplicables d	lel Código F	enal de P	uerto Rico	o. Autorizo al Ne g	gociado de Tra	insporte y otros
Servicios Públic	os , de ser necesario, que la misma sea co	orroborada.					
					57.72	/ A #	_
	Firma del Peticionario				Día/Mes	s/Año	
AFIDÁVIT NU	ÚМ.:						
	and a substitution of				de la celario de		
	uscrita ante mí por						
	uscrita ante mí poruscrita ante mí poruscrita doy fe de haber identificado media						
expresadas, a qu		ante					
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante					
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante					
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante					
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante			En		
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante					
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante			En		
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante			En		
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado media	ante			En		
expresadas, a qu	de de	ante			En		
expresadas, a qu	sien doy fe de haber identificado media	certifi	CACIÓ	'n	. En Notario Público		, Puerto
expresadas, a qu	de de	certifi	CACIÓ	'n	. En Notario Público		, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público	entos para adjud	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público	entos para adjud	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público digo de Reglame de de	entos para adjud	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público digo de Reglame de de	entos para adjud 	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público digo de Reglame de de	entos para adjud 	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público Notario Público digo de Reglame de Letra de Molde de autorizado (Si aplic	entos para adjud el Funcionario ca)	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có	Notario Público digo de Reglame de de	entos para adjud el Funcionario ca)	, Puerto
expresadas, a que el proposición de la que el	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có ombre en	Notario Público Notario Público digo de Reglame de de Letra de Molde de autorizado (Si aplio	entos para adjud 	, Puerto
expresadas, a que el posolicitud. En	sien doy fe de haber identificado media	CERTIFI	CACIÓ requerido	ÓN s en el Có ombre en	Notario Público Notario Público digo de Reglame de Letra de Molde de autorizado (Si aplic	entos para adjud 	, Puerto





SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

				م بيند			
1. FECHA DE LA S				2. NÚM	IERO DE SOLICIT	UD	
Día:	Mes:	Año:	<u> </u>				
3. TIPO DE SOLIC			_				
4 TIPO DE EDANG			/A 🗆	RENOVAC	ION		
4. TIPO DE FRANC	QUICIA SOLICITADA	A					
5. TIPO DE PERSO	NA JURÍDICA						
	DRACIÓN						
		ADILIDAD LIMITAD.	A (LLC, POR SUS SIG	LAS EN INC	u Éc)		
		REILIDAD LIMITADA	4 (LLC, POR SUS SIGI	LAS EN ING	iles)		
6. INFORMACIÓN	DE LA ENTIDAD						
Nombre de la Entidad:	l						[
Número de Seguro Social Patronal:		_		-			
Social Patrollal.							
Dirección Física:							
	Ciudad		Estado		Zona Pos	stal	
Dirección Postal:							
	Ciudad		Estado		Zona Pos	stal	I
Teléfono de la Oficina:			Ext.:	Colular	()		
Número de Facsímile:	()		-				
Correo Electrónico:							
Página Web:							
7. NOMBRE COME	ERCIAL						
8. INFORMACIÓN	DEL AGENTE RESI	DENTE					
Nombre del Agente Residente:	1						
Número de Seguro	A	pellido Paterno	Apellido Materno		ombre	Inicial	
Social:		-		-			
Fecha de Nacimiento:	Día _		Mes		Año		-
Dirección Residencial:							
2	Ciudad		Estado		Zona Pos	rtal	
	Ciddad		LStado		20118 F03	stai	
							1
Dirección Postal:							
Direction Fostal.	(in the state of		Taka da		7 5	***	
	Ciudad		Estado		Zona Pos	old!	
Teléfono Residencial:				Celular:			

Teléfono del Trabajo:	()			Ext.:					
Correo Electrónico									
Licencia de Conducir:	С	Categoría:		Fecha de V	encimiento:	Día	Mes	/	\ño
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna au			l Negociado d □ NO	e Transporte	y otros Sei	vicios Pú	blicos.	
Tipo de Autorización:			1	lúmero de Au	ıtorización:				
9. INFORMACIÓN	DEL REPRESENTANT	TE AUTORI	ZADO						
Nombre del Representante		W. L. D		III 1 N/ 1					
Autorizado: Número de Seguro	Ape	ellido Patern	- Ap	ellido Materno	- NC	ombre		Inicial	
Social: Fecha de Nacimiento:	Día:		Me	es:		A	 ño:		,
Dirección Residencial:	I								
	Ciudad		E	stado		Zoi	na Postal		
Dirección Postal:									
	 Ciudad		E	stado		Zoi	na Postal		
Teléfono Residencial:					Celular:	()			
Teléfono de la Oficina:				Ext.:					
Licencia de Conducir:	С	Categoría:		Fecha de V	encimiento:		Mos	/	
Correo Electrónico:						Día	Mes	Aŕ	10
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna au			l Negociado d □ NO	e Transporte	y otros Ser	vicios Pú	blicos.	
Tipo de Autorización:			1	lúmero de Au	ıtorización:				
10. COMPOSICIÓN	DE LA JUNTA DE DIF	RECTORES							
10. COMPOSICIÓN POSICIÓN	DE LA JUNTA DE DIF		AF	PELLIDO PATI	ERNO	AF	PELLIDO	MATERNO)
			AF	PELLIDO PATI	ERNO	AF	PELLIDO	MATERNO)
POSICIÓN			AF	PELLIDO PATI	ERNO	AF	PELLIDO	MATERNO)
POSICIÓN Presidente			AF	PELLIDO PATI	ERNO	AF	PELLIDO	MATERNO)
POSICIÓN Presidente Vicepresidente			AF	PELLIDO PATI	ERNO	AF	PELLIDO	MATERNO)
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN			AF	PELLIDO PATI	ERNO	AF	PELLIDO	MATERNO	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del	NOMBR DEL PRESIDENTE	E					PELLIDO		
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN	NOMBR DEL PRESIDENTE			PELLIDO PATI		AF	PELLIDO	MATERNO	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro	NOMBR DEL PRESIDENTE	ellido Patern	io Api		No -	ombre			
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social:	DEL PRESIDENTE	ellido Patern	io Api	ellido Materno	No -	ombre		Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social:	DEL PRESIDENTE	ellido Patern	io Api	ellido Materno	No -	ombre		Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	DEL PRESIDENTE	ellido Patern	10 Apr	ellido Materno	No -	ombre		Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	DEL PRESIDENTE Ape Día	ellido Patern	10 Apr	ellido Materno	No -	ombre	ño	Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	DEL PRESIDENTE Ape Día	ellido Patern	10 Apr	ellido Materno	No -	ombre	ño	Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	DEL PRESIDENTE Ape Día	ellido Patern	о Ари - М	ellido Materno	No -	ombre Zoi	ño	Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	DEL PRESIDENTE Ape Día Ciudad	ellido Patern	о Ари - М	ellido Materno es	No -	ombre Zoi	na Postal	Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	DEL PRESIDENTE Ape Día Ciudad	ellido Patern	о Ари - М	ellido Materno es	No -	ombre Zoi	na Postal	Inicial	
POSICIÓN Presidente Vicepresidente Tesorero Secretario 11. INFORMACIÓN Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial:	DEL PRESIDENTE Ape Día	ellido Patern	о Ари - М	ellido Materno es stado Ext.:	No -	Zol	na Postal	Inicial	

Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna		SÍ		NO	e Transporte	y otro	s Servicios	Públicos.	
Tipo de Autorización:						utorización:				
•	DEL VICEPRESIDE	ENTE								
Nombre del Vicepresidente: Número de Seguro Social:		Apellido Pater	no -	Apellio	do Materno	No	mbre		lnio	cial
Fecha de Nacimiento:	Día_			Mes				Año		
Dirección Residencial:	llCiudad			Esta	do			Zona Pos	tal	
Dirección Postal:	 Ciudad			Esta	do			Zona Pos	tal	
Teléfono Residencial:	()					Celular	()		
Teléfono de la Oficina:	()			Ex	t.:					
Licencia de Conducir:		Categoría:		1	echa de V	/encimiento:	Día	/Mes	/_	Año
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna					e Transporte				7 1110
Tipo de Autorización:			SÍ		NO nero de Aı	utorización:				
	DEL TESORERO									
Nombre del Tesorero:										
Número de Seguro		Apellido Pater	no -	Apellio	do Materno	No	mbre		Inio	cial
Social: Fecha de Nacimiento:	Día:			Mes:				Año:		
Dirección Residencial:	 Ciudad			Esta	do			Zona Pos		
Dirección Postal:	 Ciudad			Esta	do			Zona Pos	tal	
Teléfono Residencial:	()					Celular:	()		
Teléfono de la Oficina:	()									
				Ex	t.:					
Licencia de Conducir:		Categoría:				/encimiento:	Día	_/ a Mes	/_	Año
Licencia de Conducir: Correo Electrónico:		Categoría:					Día	_/_ a Mes	/	Año
	a ostentado alguna	autorización	conferic	la por el N	echa de V	encimiento:	Dia			Año
Correo Electrónico:	a ostentado alguna	autorización		la por el N	egociado d	encimiento:	Dia			Año
Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización:	a ostentado alguna	autorización		la por el N	egociado d	/encimiento: e Transporte	Dia			Año
Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización:	DEL SECRETARIO	autorización -	SÍ	la por el N	egociado d	/encimiento: e Transporte utorización:	Dia			
Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 14. INFORMACIÓN Nombre del	DEL SECRETARIO	autorización	SÍ	la por el N	egociado d NO nero de Au	/encimiento: e Transporte utorización:	y otro		Públicos.	
Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro	DEL SECRETARIO	autorización -	SÍ	la por el N Núr Apellia	egociado d NO nero de Au	e Transporte utorización:	y otro	s Servicios	Públicos.	cial

Г	Dirección Postal:								
L	incecion i ostai.	Ciudad			Estado		Zona	a Postal	
Teléfo	ono Residencial:	()		Celular:					
Teléfoi	no de la Oficina:	()			Ext.:				
Licen	cia de Conducir:		Categoría:		Fecha	de Vencimiento	Día	Mes	Año
Cor	reo Electrónico:								
Especifi	que si ostenta o h	a ostentado alguna	autorización co		or el Negocia	ado de Transport	e y otros Serv	vicios Público)S.
Tipo	de Autorización:				Número o	de Autorización	:		
15.	DIRECCIÓN FÍS	CA DEL LOCAL			Trainior o	ao / tuton Zaoion			
16.	CERTIFICADO	DE PERMISO DE US	Estado	0		Zona Po	stal		
10.		Oficina de Gerenc		o Permis	os Municipa	iles			
		ificado					gencia:	/	/
							Día	Mes	Año
17.		etallado de los un inventario detal							
	adquirido previo Marca Modelo Año Número Número Número	o a la fecha de la so	olicitud, indicar	ndo para (cada vehícu			ŕ	
18.	DIRECCIÓN FÍS CUANDO NO ES	CA DE LA BASE D STÉN OPERANDO (E OPERACIÓN O FUERA DE S	I Y/O DON ERVICIO.	NDE SE ALN	1ACENARÁN LO	OS VEHÍCULO	S AUTORIZ	ADOS
	Ciudad		Estado	<u> </u>		Zona Po	stal		
19.		RELACIONADA CO				20110110	3.01		
15.									
	ccuantos emple	os directos o indire	tos		_	ectos	_l		
20.	INFORMACIÓN	GUBERNAMENTAL	-						
	cionario o algún almente emplead	miembro de la Junt o del gobierno?	a 🗆 .	SÍ 🗆	NO	□ E	STATAL	□ MUNICII	PAL
	respuesta es af e de la entidad gu	irmativa indique o bernamental.	el			•			
		PREGUNTAS			Número d	de Autorización	Fec Día	ha de Exped Mes	dición Año
ha cand autoriza y otros ¿El peti	elado anteriormo ación con el Nego Servicios Público cionario o algún	ociado de Transpor os (NTSP)? miembro de la Junt	te Sí 🗆	NO NO					
Negocia		autorización con el e y otros Servicios	□ SÍ □	NO NO					

Sec. 3	.19 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD COMO CORPORACIÓN Y COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIM	IITADA
Favor d	le indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	V
1.	Certificado de Existencia expedido por el Departamento de Estado del Gobierno de Puerto Rico.	
2.	Certificado de Cumplimiento "Good Standing" expedido por el Departamento de Estado.	
3.	Certificado de Incorporación presentado ante el Departamento de Estado del Gobierno de Puerto Rico. En el caso de Compañías de Responsabilidad Limitada (CRL) o LLC (por sus siglas en inglés), el correspondiente Certificado de Organización presentado ante dicho Departamento.	
4.	Copia certificada de los Estatutos o Artículos de Incorporación "By Laws" de la corporación. En el caso de Compañías de Responsabilidad Limitada, el Contrato de Compañía de Responsabilidad Limitada.	
5.	Certificado de Resolución Corporativa que identifique y certifique al representante autorizado por la entidad para realizar los trámites ante la Comisión de Servicio Público.	
6.	 Estado de Situación Preparado conforme a las normas de contabilidad aceptadas, que demuestre la condición económica de la corporación al cierre de sus operaciones y Debidamente auditado por un Contador Público Autorizado (CPA) con licencia vigente del Gobierno de Puerto Rico. El informe debe estar acompañado con la opinión correspondiente del Contador Público Autorizado (CPA). Conforme a la Ley General de Corporaciones, Ley Núm. 164-2009. En el caso de Compañías de Responsabilidad Limitada, corporaciones sin fines de lucro y sin acciones de capital, corporaciones con fines de lucro cuyo volumen de negocio no sobrepase tres millones de dólares (\$3,000,000.00), corporaciones que estuvieron inactivas o no operaron durante el año reportado, será requerido un Estado de Situación Financiera y no es requisito que dicho estado sea acompañado por un informe de auditoría preparado por un Contador Público Autorizado (CPA). 	
7.	Certificación de la Composición de la Junta de Directores.	
8.	Certificación de Deuda de la Entidad expedida por el Departamento de Hacienda o Plan de Pago, la cual no podrá exceder de treinta (30) días de expedida al momento de la presentación.	
9.	 Certificación de Radicación de Planillas de la Entidad en los últimos cinco (5) años. Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico. La Certificación no podrá exceder el año contributivo de expedido al momento de la radicación. Si la certificación refleja que no rindió planilla para alguno de sus periodos, este Organismo evaluará el Certificado de Incorporación como evidencia de la fecha en que la Entidad Jurídica se incorporó. Si la Certificación indica que la entidad no rindió planilla para algún periodo en que el Certificado de Incorporación refleja que la entidad ya estaba incorporada, el peticionario deberá presentar la evidencia de presentación de planilla ante el Departamento de Hacienda. 	
10.	Certificación de Radicación de Planillas de la Entidad sobre el Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
11.	Certificación de Deuda del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU) de la Entidad. Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
12.	Certificación de Registro y Certificación de Deuda del Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados de la Entidad. Expedida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico. No podrá exceder de treinta (30) días de expedido al momento de su presentación. • Si el peticionario es concesionario de este Organismo, deberá presentar la certificación que acredite el pago del (de los) trimestre(s) correspondiente(s) al momento de su presentación.	
13.	Certificación de Cumplimiento de la Entidad expedida por la Administración para Sustento de Menores (ASUME) Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994, según enmendada.	
14.	Certificación de Radicación de Planillas expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM).	
15.	Certificación de Deuda por Todos los Conceptos expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM).	
16.	Recibo de Pago del Arancel (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard) • Solicitud nueva \$ • Renovación de Autorización \$ • Permiso Provisional \$200.00 Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan unidades exclusivamente de menor cabida	

DECLARACIÓN JURADASOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CORPORACIÓN

O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Yo,	,	mayor de edad, estado civil	, de profesión
	_y vecino(a) de la ciudad de	, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAME	ENTO que ni el que
suscribe, ni la er	ntidad peticionaria, ni ningún presidente, v	vicepresidente, director, director ejecutivo, agente residente	e o miembro de una
junta de oficiale	es o junta de directores, o personas que	desempeñen funciones equivalentes para la entidad petic	ionaria, hemos sido
convictos, ni her	mos sido declarados culpable, ya sea com	o autor o cooperador, en la jurisdicción de Puerto Rico, en la	a jurisdicción federal
o en cualquiera	de los estados de los Estados Unidos por	cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:	
y que no se me h o como miembr falsa conlleva la	soborno, en todas sus modalidades; soborno agravado; oferta de soborno; influencia indebida; delitos contra fondos públicos; preparación de escritos falsos; presentación de escritos falsos; falsificación de documentos; posesión y traspaso de documentos fals JRAMENTO que he presentado todos los na sido cancelada alguna otra autorización o de la Junta de alguna entidad jurídica, imputación de cargos en mi contra seg	strucción; le contratación de subastas o en las operaciones del Gobierr	la presente solicitud mi carácter personal ninistrar información
AFIDÁVIT N	idente o su Representante Autorizado ÚM.: suscrita ante mí por	Día/Mes/Año	nales anteriormente
expresadas, a qu	iien doy fe de haber identificado mediante	e En	, Puerto Rico,
hoy de	de Sello Notarial	Firma del Notario Público	
		CERTIFICACIÓN	
Campiela			ali, ali a a u la caco
		cumentos requeridos en el Código de Reglamentos para a	djudicar la presente
Solicitud. Eli	, Puerto Rico, noy	de	
		Nombre en Letra de Molde del Funcionari Autorizado Puesto que ocupa	0
Sello del Negocia	ado de Transporte y otros Servicios Públicos	Firma del Funcionario Autorizado	
-0			





SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

1.	FECHA DE LA S	SOLICITUD	DLICITUD					2. NÚMERO DE SOLICITUD					
	Día:	Mes:		_ Año:									
3.	TIPO DE SOLIC	ITUD											
			SOLICITUI	NUEVA			RENO	/ACIÓI	N				
4.	TIPO DE FRAN	QUICIA SOLICITAD	PΑ										
5.	TIPO DE PERSO	ONA JURÍDICA											
	□ SOCIE			СООРІ	ERATIVA				HER	MANDA	'D		
	□ ASOCIA	ACION		SINDIC	CATO				OTR	Α			-
6.		DE LA ORGANIZA	CIÓN										
	Nombre de la Organización:											_	
	mero de Seguro Social Patronal:			-			-						
	Dirección Física:	I											
		lCiudad			Estad	do				Zona Pos	stal		
C	Dirección Postal:												
		Ciudad			Estad	do			Z	Zona Pos	stal		
Teléfor	no de la Oficina:	()		E	xt.:		Celula	r: (_)			-
Núme	ro de Facsímile:	()		E	xt.:								
Cor	reo Electrónico:												
	Página Web:												
Especifi	ique si la entidad	ostenta alguna auto					ansporta	ación y	otros	Servicio	os Públic	os.	
		1		SI				.,					
7.	de Autorización: NOMBRE COM				Nun	nero de Au	utorizac	ion:					
8.	INFORMACIÓN	DEL REPRESENTA	ANTE AUTOR	IZADO									
<u> </u>	Nombre del												
	Representante Autorizado:	Apellido	Paterno	Apell	ido Mater	no	Nomb	re			Inicial		
Núr	nero de Seguro Social:			-			-						
Fecha	de Nacimiento:		 Día			Mes		-			Año		
		1	Dia			1.163							
Direcci	ión Residencial:	I											
		 Ciudad			Estac	lo				ona Pos	tal		
		1											
D	irección Postal:	I											
	ineccion Postai.				Fatao					'ana Dao	+-1		
		Ciudad			Estac		Celula	, m		ona Pos	otal		
Teléfo	ono Residencial:							(/			_
Teléfon	no de la Oficina:	()			_ Ext.	:							
	reo Electrónico			<u> </u>		I 1 - 1	(/			
Licenc	cia de Conducir:		Categoría:		F	echa de V	encimie	ento:	/ Día	′ Ме	es/ _	Año	·

9. INFORMACIÓN	DEL SOCIO O PERSONA /	A QUIEN SE I	ENCOMIENDA	LA AD	MINISTR	ACIÓN DE	LA ORG	ANIZACIÓN	
Nombre:	<u> </u>								
Número de Seguro	Apellido	Paterno	Apellido M	aterno		Nombre		Inicial	
Social:		-			-				
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes				Año	
	1								
Dirección Residencial:									
	Ciudad		Estado				Zona Pos	stal	
	1								
Discoult's Desire									
Dirección Postal:									
	Ciudad		Estado				Zona Pos	stal 	
Teléfono Residencial:					Celular:	()		
Teléfono de la Oficina:	(·	Ext.:						
Licencia de Conducir:	Categ	oría:	Fech	a de V	encimien	to: Día	_/ n Me	es Año	
Correo Electrónico:									
Indicar si es miembro de la Organización:			□ SÍ	I	□ NO				
Especifique si usted oster	nta alguna autorización con			Fransp	ortación	y otros Se	rvicios P	úblicos.	
Tipo de Autorización:		□ sſ	□ NO	. da Δι	utorizació	n:			
	DE LA JUNTA DE DIRECT	ORES	Numero	uc A	atorizacio				
POSICIÓN (O SU EQUIVALENTE)	NOMBRE		APELLIDO	D PAT	ERNO		APELLII	DO MATERNO	
Presidente									
Vicepresidente									
Tesorero									
Secretario									
11. INFORMACIÓN	DEL PRESIDENTE								
Nombre del Presidente:	<u> </u>								
Número de Seguro	Apellido	Paterno	Apellido M	aterno		Nombre		Inicial	
Social:		-			-				
Fecha de Nacimiento:	Día		-	Mes				Año	
	<u></u>								
Dirección Residencial:	 								
	Ciudad		Estado				Zona Pos	stal	'
Dirección Postal:	1								
	 Ciudad		Estado				Zona Pos	stal	
Teléfono Residencial:	(Celular:	(
Teléfono de la Oficina:	() ·		Ext.:						
	Cata						/	/	
Licencia de Conducir: Correo Electrónico:	Categ	oria:	Fech	a de V	encimien/	to: Día	Me	es Año	o
	nta alguna autorización con	ferida por el l	Negociado de 1	Fransp	ortación	v otros Se	rvicios Pi	úblicos.	
		□ Sſ	□ NO	•	·				
Tipo de Autorización:			Número	de Au	utorizació	n:			

12. INFORMACIÓN	DEL VICE	EPRESIDE	NTE								
Nombre del	I										
Vicepresidente: Número de Seguro		A	Apellido Pa	terno	Apel	lido Materno)	Nombre		Inic	:ial T
Social:				-			-	ı			
Fecha de Nacimiento:			 Día		_	Mes				Año	-
								1			
Dirección Residencial:											
Direccion Residencial.											
		Ciudad			Est	ado			Zona Po	stal	
Dirección Postal:	l										
	l	Ciudad			Fst	ado			Zona Po	stal	
Teléfono Residencial:	()	_				Celular	. ()		
	(`			·	xt.:	3014141				
Teléfono de la Oficina:		<i></i>				Xt					
Licencia de Conducir:			Categori	a:		Fecha de \	Vencimien	to: Dí	/ a Me	/ es	Año
Correo Electrónico:											
Especifique si usted oster	nta alguna	autorizac	ión confer				portación	y otros S	ervicios P	úblicos.	
Tipo de Autorización:				□ SÍ		NO úmero de A	utorizació	ın.			
13. INFORMACIÓN		ORERO			110	annere de 7	atorizacio				
Nombre del Tesorero:											
Número de Seguro		Α	Apellido Pa	terno	Apel	lido Materno)	Nombre		Inic	ial T
Social:				-			-				
Fecha de Nacimiento:			Día		_	Mes				Año	-
		_			1			 			
Dirección Residencial:	I										
Direccion Residencial.	<u> </u>										
		Ciudad			Est	ado			Zona Po	stal	
	l										
Dirección Postal:											
	l	Ciudad			Est	 :ado			Zona Po	 stal	
Teléfono Residencial:	()					Celular:	()		
Teléfono de la Oficina:	()	_		E	 xt.:					
releiono de la Oficina.	,	-							/	/	
Licencia de Conducir:			Categori	a:		Fecha de \	Vencimien	to: Dí	/ a Me	/ es	Año
Correo Electrónico:	<u> </u>		., .				,			71 P	
Especifique si usted oster	nta alguna	autorizac	cion confer	ida por el i	_	o de Transp NO	portacion	y otros S	ervicios P	ublicos.	
Tipo de Autorización:						ímero de A	utorizació	n:			
14. INFORMACIÓN		RETARIO									
Nombre del	I										
Secretario: Número de Seguro		<i>A</i>	Apellido Pa	terno	Apel	lido Materno) 	Nombre		Inic	ial
Social:				-			-				
Fecha de Nacimiento:)ía		_	Mes				Año	-
Dirección Residencial:											
		Ciudad			Est	ado			Zona Po	stal	
Dirección Postal:	l										
		Ciudad			Fct	ado			Zona Po	stal	
Teléfono Residencial:	()					Celular:)		
	,										
Teléfono de la Oficina:)			E	xt.:					
Licencia de Conducir:			Categori	a:		Fecha de \	Vencimien	to:	/ a Me	/ es	 Año
Correo Electrónico:											
Especifique si usted oster	nta alguna	autorizac	ión confer		Vegociad	o de Transp	portación	y otros S	ervicios P	úblicos.	
Time de Aubi de est				□ SÍ		NO					
Tipo de Autorización:					N	ímero de A	utorizacio	11.			

15.	MIEMBROS DE	LA ORGANIZACIÓN		
I	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
16.	DIRECCIÓN EÍS	ICA DEL LOCAL		
10.	DIRECCION FIS	ICA DEL LOCAL		
	[Estado	7 P	
	Ciudad	Estado	Zona Postal	
17.		DE PERMISO DE USO		
		o Oficina de Gerencia de Permisos o		. ,
	Número de Cer	tificado	Fecha de Viger	ncia://////
18.	INVENTARIO D	ETALLADO DE LOS VEHÍCULOS		
	Favor de anejar adquirido previ	run inventario detallado de los vehí o a la fecha de la solicitud, indicand	culos que interesa operar bajo la auto o para cada vehículo lo siguiente:	rización solicitada, de haberlos
	Marca Modelo			
	 Año 	o de Serie o VIN		
	 Númer 	o de Tablilla o de Registro		
		del Permiso de Vehículo de Motor (l	Licencia)	
19.	DIRECCIÓN FÍS CUANDO ESTÉ	ICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y N FUERA DE OPERACIÓN O FUERA	//O DONDE SE ALMACENARÁN LOS \ \ DE SERVICIO.	/EHÍCULOS AUTORIZADOS
	1			-
	lCiudad	Estado	Zona Postal	
	Cludad	ESIAGO	ZONA POSTAI	

Sec. 3.18 - REQUISITOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS QUE COMPONEN LA SOCIEDAD U ORGANIZACIÓN							
Favor d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	$\sqrt{}$					
1.	Formulario de Solicitud de Autorización de Persona Natural y Declaración Jurada correspondiente.						
2.	Licencia de Conductor Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP).						
3.	Certificado de Nacimiento Expedido por el Registro Demográfico de Puerto Rico. (Original)						
	 Si el peticionario es ciudadano extranjero, presentará el certificado emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos de América (USCIS, por sus siglas en inglés) que evidencie su habilidad para trabajar en Puerto Rico. 						
4.	Certificado Negativo de Antecedentes Penales (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición.						
	 Si el peticionario es ciudadano extranjero y no haya residido en Puerto Rico durante los últimos cinco (5) años previo a la presentación de la solicitud de autorización, deberá acompañar, adicionalmente, un Certificado de Antecedentes Penales expedido por la autoridad correspondiente al lugar o lugares en donde haya residido durante dicho término. 						
5.	Certificación de Deuda (Original) Expedido por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición.						
•	En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan de pago. Contigue de De dissolvente De dissolvente de D						
6.	Certificación de Radicación de Planillas sobre Contribución de Ingresos de los últimos cinco (5) años contributivos. (Original)						
	Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico						
	Este documento deberá incluir el año contributivo vencido más reciente al momento de la radicación. Si la persona no rinde o no rindió planillas en alguno de los años contributivos, deberá presentar el formulario intitulado "Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos", Modelo SC-2781 , que provee el Departamento de Hacienda, debidamente cumplimentado.						
7.	Certificado de Registro de Comerciante. (Original) Expedido por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.						
8.	Certificación de Radicación de Planillas del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). (Original) Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.						
9.	Certificación de Deuda del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). (Original) Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.						
10.	Certificación de Registro y Certificación de Deuda del Programa de Seguro Social para Choferes y Otros						
	 Empleados. (Original) Expedida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico. No podrá exceder de treinta (30) días de expedido al momento de su presentación. Si el peticionario es concesionario de este Organismo, deberá presentar la certificación que acredite el pago del (de los) trimestre(s) correspondiente(s) al momento de su presentación. 						
11.	Certificación de Cumplimiento expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994, según enmendada. (Original) No podrá exceder el término de treinta (30) días de expedida al momento de su presentación.						
	 En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan de pago. En caso de que se encuentre en proceso de apelación o en algún trámite posterior deberá presentar documentación que así lo evidencie. 						
12.	Certificación de Radicación de Planillas expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM)						
	Certificación de Deuda por Todos los Conceptos expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos						
13.	Municipales (CRIM)						
Sec. 3.2	REQUISITOS PARA LA ENTIDAD (SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES)						
Favor d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	$\sqrt{}$					
1.	Descripción y clase de la razón social o acuerdo de la Organización.						
2.	Copia del contrato social o acuerdo de la Organización.						
3.	Copia certificada de la escritura de la Organización. (Si aplica)						
4.	Estado de Situación Financiera preparado por un Contador Público Autorizado, CPA.						
5.	Certificado de Resolución de la Junta de la Organización mediante el cual autoriza a su representante a realizar los trámites ante la CSP.						
6.	Documento acreditativo de la composición de la Junta de Directores, incluyendo las direcciones físicas y postales; números telefónicos; correos electrónicos donde pueden ser localizados.						
7.	Recibo de Pago del Arancel de la CSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard) • Solicitud nueva \$						
	Renovación de Autorización						
	 Permiso Provisional \$200.00 Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan exclusivamente unidades de menor cabida. 						

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES

Yo,		mayor de edad, estado civil	, de profesión
	y vecino(a) de la ciudad de	, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAMENTO	O que no he sido
convicto(a), ni	he sido declarado(a) culpable, ya sea como	o autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico,	en la jurisdicción
federal o en cua	alquiera de los estados de los Estados Unido	os por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuació	ón:
i.	Apropiación ilegal agravada, en todas sus	s modalidades;	
ii. 	extorción;		
iii. iv.	fraude en las construcciones; fraude en la ejecución de obras de constr	rucción:	
٧.	fraude en la entrega de cosas;	decion,	
vi.		contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;	
vii.	soborno, en todas sus modalidades;		
viii.	soborno agravado;		
ix.	oferta de soborno;		
x. xi.	influencia indebida; delitos contra fondos públicos;		
xii.	preparación de escritos falsos;		
xiii.	presentación de escritos falsos;		
xiv.	falsificación de documentos;		
XV.	posesión y traspaso de documentos falsif	ficados;	
Firma de	el Administrador de la Organización	Día/Mes/Año	_
AFIDÁVIT NIÍN	1.:		
		, de las circunstancias personal	os antoriormento
		ite En	, Puerto
Rico, hoy	de de	·	
	Sello Notarial	Firma del Notario Público	
		•	
	CE	RTIFICACIÓN	
Certifico que e	peticionario ha presentado todos los docu	umentos requeridos en el Código de Reglamentos para adju	dicar la presente
solicitud. En	, Puerto Rico, hoy	de	
		Nombre en Letra de Molde del Funcionario	_
		Autorizado (Si aplica)	
		Puesto que ocupa	-
			_
		Firma del Funcionario Autorizado	
Sello	del Negociado de Transporte		
Jeii0 (aci negociado de Hansporte		



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos



SOLICITUD DE ADICIONAR UNIDADES BAJO UNA AUTORIZACIÓN

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

	1.	FECHA DE LA S	SOL	ICITUI)					2.	NÚME	RO DI	E SOL	.ICIT	UD			
		Día:	_ ^	1es:			_ Año:_											
	3.	NÚMERO DE AL	JTO	RIZA	CIÓN					4.	FECH/	A DE \	VIGEN	ICIA				
	5.	UNIDADES AUT		IZADA	\S													
	_	lúmero de Tablill	а		Marca		Modelo		Año		N	lúmer	o de s	Serie	(VIN)			
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6. 7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
	6.	UNIDADES POR	ЗΑГ	DICION	JAR													
		lúmero de Tablill			Marca		Modelo		Año	_	N	lúmer	o de S	Serie	(VIN)		_	_
1.			-												· (· · · ·)			
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
7.		INFORMACIÓN	DEI	L PETI	CIONAR	10												
		Nombre del																
		Peticionario	I		Anellido	Paterno	Δη	ellido M	aterno	Nor	mbre				nicial			
	Núr	nero de Seguro			/ (pemae	T decirio	-			-					Inciai			
		Social										1						
Fe	cha	de Nacimiento				Día		_	Mes				-		Año			
			I															_
Dir	ecc	ión Residencial	I															_
			I		Ciudad				stado				Zona	Dos	tal			_l
					Ciudad			ES	Stado				Zona	POS	ldi			
			I															_
	0	Dirección Postal																_
			I		Ciudad			Es	stado				Zona	Pos	tal			_
Ta	eléfe	ono Residencial	()	_				Celul	ar:)		_			
		no de la Oficina	(Ext.:	Sciul								_
		ro de Facsímile	(-												
		reo Electrónico	_															
		Página Web																
Lic	enc	ia de Conducir:				Categoría:			Fecha de	Vencin	niento:		_/			/		
						22.2030.101						Día	3	Me	S		Año	

	NONDRE COMERCIAL	
8.	NOMBRE COMERCIAL	
9.	DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL	
	l	
	Ciudad Estado Zona Postal	
10.	CERTIFICADO DE PERMISO DE USO Expedido por la Oficina de Gerencia de Permisos o Permisos Municipales	
	Número de Certificado	Año
. 71		
Sec. 3.1	8 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD	
	le indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	V
1.	Permiso del Vehículo de Motor (Licencia) emitido por el Departamento de Transportación y Obras	
	Públicas (DTOP).	
	Condiciones Especiales:	
	• Las unidades tienen que estar a nombre de la persona natural o jurídica poseedora de la	
	autorización del Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos (NTSP).	
	 TX - Presentar unidad color blanca y tienen que contar con un máximo de diez (10 años de fabricación, a contarse a partir de la fecha de la solicitud. 	
	OE - Presentar unidades manufacturadas y certificadas para el transporte escolar conforme con	
	los estándares de seguridad federales establecidos por Administración Nacional de Seguridad del	
	Tráfico en las Carreteras.	
	• FR - Certificación con el sello de un ingeniero profesional mediante la cual se identifique la marca, modelo, año, número de serie (VIN), por sus siglas en inglés, número de tablilla y número de	
	registro en el Departamento del vehículo, y se certifique que el mismo cuenta con la integridad	
	estructural necesaria para el transporte seguro de pasajeros en vías públicas y que ostente los	
	mínimos parámetros de seguridad necesarios, incluyendo las salidas de emergencia.	
2.	Ratificación de Unidad	
	En treinta (30) días el concesionario presentará el o los vehículos que interese operar bajo la franquicia	
	ante el Departamento para su registro como vehículo de motor público autorizado por el Negociado de	
	Transporte y Otros Servicios Públicos (NTSP) y que se emitan las tablillas públicas correspondiente. Dentro del mismo término, el concesionario deberá presentar ante el Negociado (NTSP) el documento	
	emitido por el Departamento que acredite las tablillas públicas asignadas, acompañado de copia de las	
	licencias de operador de cada una de las personas que estarán conduciendo las unidades, para que este	
	Organismo emita el Certificado de Autorización.	
3.	Póliza de Seguro	
	El concesionario deberá presentar ante el Negociado de Transporte y Otros Servicios Públicos (NTSP)	
	una copia de la certificación de póliza de seguro de responsabilidad pública que cubra sus operaciones	
	como compañía de servicio público y especifique la cubierta, acompañada de un inventario que incluya las unidades cubiertas y en la cual se incluyan todas las unidades autorizadas a operar bajo la franquicia,	
	emitido por la compañía aseguradora. Dicha póliza deberá ser expedida por una compañía autorizada	
	por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a hacer Negocios en Puerto Rico, deberá	
	endosar al Negociado de Transporte y Otros Servicios Públicos (NTSP) y contener una cláusula mediante	
	la cual la compañía de seguros se compromete a notificar por escrito al Negociado (NTSP) el vencimiento de dicha póliza con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento. En caso de	
	cancelación de la póliza por cualquier motivo, la compañía de seguros deberá notificar por escrito al	
	Negociado (NTSP) en la misma fecha en que se notifique de ello al asegurado. Dicha notificación deberá	
	contener la fecha en la cual será efectiva la cancelación. Los requisitos de la cubierta de dicha póliza se	
	encuentran en el Capítulo correspondiente a cada tipo de autorización. Las agrupaciones de concesionarios debidamente organizadas ante el Departamento de Estado podrán obtener una póliza de	
	seguro que incluya a varios concesionarios y sus respectivas unidades, correspondientes a los miembros	
	de su organización, sujeto a que la misma provea la cubierta requerida para cada unidad, conforme a los	
	parámetros establecidos por este Negociado (NTSP) y así surja de la copia de la certificación de póliza	
	presentada ante este Organismo.	
4.	Recibo del Pago del Arancel (NTSP)	
	• Adición \$	
	Permiso Provisional \$ 200.00	
	Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan unidades	
	exclusivamente de menor cabida y los Conductores d Empresas de Red de Transporte	
	(C.E.R.T.)	

DECLARACIÓN JURADA SOLICITUD PARA ADICIONAR UNIDADES BAJO UNA AUTORIZACIÓN

Yo,		, mayor d	le edad, estado civil	, de profesión
	y vecino(a) de la c	iudad de	, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAMEN	TO que no he sido
convicto(a), ni	he sido declarado(a) d	culpable, ya sea como autor(a)	o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Ricc	o, en la jurisdicción
federal o en cu	alquiera de los estados	de los Estados Unidos por cua	alquiera de los delitos que se enumeran a continuac	ción:
i. ::		gravada, en todas sus modalid	ades;	
ii. iii.	extorción; fraude en las constr	ricciones:		
iv.		ón de obras de construcción;		
V.	fraude en la entrega			
vi.	-		ción de subastas o en las operaciones del Gobierno);
vii.	soborno, en todas s	•		•
viii.	soborno agravado;			
ix.	oferta de soborno;			
X.	influencia indebida;			
xi.	delitos contra fondo			
xii.	preparación de escr			
xiii.	presentación de esc			
xiv.	falsificación de doci			
XV.	posesion y traspaso	de documentos falsificados;		
CERTIFICO Y	JURAMENTO que he p	resentado todos los document	os requeridos en el Código de Reglamentos para la	a presente solicitud
y que no se m	e ha sido cancelada a	guna otra autorización del Ne	egociado de Transporte y otros Servicios Públic	cos en mi carácter
personal o com	no miembro de la Junt	a de alguna entidad jurídica. I	Entiendo que suministrar información falsa conllev	a la imputación de
cargos en mi c	ontra según las dispos	iciones aplicables del Código F	Penal de Puerto Rico. Autorizo al Negociado de T	ransporte y otros
Sarvicias Dúbli	icas do sor nocosario	que la misma sea corroborada.		
Servicios Publi	icos, de ser riecesario,	que la Illistila sea corrobotada.		
		•		
	Firma del Peticiona	irio	Día/Mes/Año	
	11/15.4			
AFIDAVII N	NÚM.:			
Juramentada y	suscrita ante mí por		, de las circunstancias person	ales anteriormente
expresadas, a o	quien doy fe de habei	identificado mediante	En	, Puerto
		 de		 ,
			Notario Público	
,	Sello Notarial			
	Sello Notariai	<u> </u>		
		CERTIFI	ICACIÓN	
Certifico que e	el peticionario ha prese	entado todos los documentos	requeridos en el Código de Reglamentos para adj	judicar la presente
P D d E		December Discribers	d.	
solicitud. En		_, Puerto Rico, noy de	e de	
			Nombre en Letra de Molde del Funcionario	<u> </u>
			Autorizado (Si aplica)	,
			Puesto que ocupa	
			Firma del Funcionario Autorizado	
e-	allo del Negociado do Tar	unsnorte		
36	ello del Negociado de Tra	maporte		
	-			





SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE UNIDAD BAJO UNA AUTORIZACIÓN

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

	1.	FECHA DE LA S	SOLICITUD					2.	NÚMEI	RO DE	SOLICI	TUD		
		Día:	Mes:		_ Año:_									
	3.	NÚMERO DE AL	UTORIZACIÓN					4.	FECHA	DE VI	GENCIA	4		
	5.	UNIDADES AUT												
	N	lúmero de Tablill	a Marca	N	1odelo		Año		N	úmero	de Seri	e (VIN)		
1.														
2.														
3.														
4. 5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
6. UNIDADES PARA LA SUSTITUCIÓN														
	N	lúmero de Tablill	a Marca	N	1odelo		Año		N	úmero	de Seri	e (VIN)		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6. 7.														
8.														
9.														
10.														
7.		INFORMACIÓN	DEL PETICIONAR	10										
		Nombre del												
		Peticionario	Anellido	Paterno	Δης	ellido Ma	aterno	Nor	mbre			Inicial		_
	Núr	nero de Seguro	Дрешис	T dterrio	-	illido Pic	Itemo	-	TIDIC					
_		Social												
Fe	cha	de Nacimiento		Día			Mes		_			Año	_	
			I											_
Dii	ecc	ión Residencial	l											_
			Ciudad			Es	tado			Z	ona Pos	stal		_
			1											
														J I
		Pirección Postal												.i
			Ciudad			Es	tado			Z	ona Pos	stal		.'
Te	eléfo	ono Residencial	()					Celul	ar: (_)			_
		no de la Oficina	()			E	xt.:		_					
		ro de Facsímile	()											
	Cor	reo Electrónico												
		Página Web					F. 1	\/- ·			/	/		
Lic	enc	ia de Conducir:		Categoría:			Fecha de	Vencin	niento:	Día	/ Me	es/_	Año	_
	8.	NOMBRE COME	ERCIAL											

9.	DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL	
	Ciudad Estado Zona Postal	
10.	CERTIFICADO DE PERMISO DE USO	
	Expedido por la Oficina de Gerencia de Permisos o Permisos Municipales	
	Número de Certificado Fecha de Vigencia:/	Año
		Allo
Sec. 3.1	8 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD	1
	de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	V
1.	Permiso del Vehículo de Motor (Licencia) emitido por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP).	
	Condiciones Especiales:	
	 Las unidades tienen que estar a nombre de la persona natural o jurídica poseedora de la autorización del Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos (NTSP). 	
	• TX - Presentar unidad color blanca y tienen que contar con un máximo de diez (10 años de	
	fabricación, a contarse a partir de la fecha de la solicitud. • OE - Presentar unidades manufacturadas y certificadas para el transporte escolar conforme con	
	los estándares de seguridad federales establecidos por Administración Nacional de Seguridad del	
	 Tráfico en las Carreteras. FR - Certificación con el sello de un ingeniero profesional mediante la cual se identifique la marca, 	
	modelo, año, número de serie (VIN), por sus siglas en inglés, número de tablilla y número de	
	registro en el Departamento del vehículo, y se certifique que el mismo cuenta con la integridad estructural necesaria para el transporte seguro de pasajeros en vías públicas y que ostente los	
	mínimos parámetros de seguridad necesarios, incluyendo las salidas de emergencia.	
2.	Permiso del Vehículo de Motor (Licencia) emitido por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP) de la unidad sustituta.	
	Condiciones Especiales:	
	 Las unidades tienen que estar a nombre de la persona natural o jurídica poseedora de la autorización del Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos (NTSP). 	
	TX - Presentar unidad color blanca y tienen que contar con un máximo de diez (10 años de	
	 fabricación, a contarse a partir de la fecha de la solicitud. OE - Presentar unidades manufacturadas y certificadas para el transporte escolar conforme con 	
	los estándares de seguridad federales establecidos por Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras.	
	• FR - Certificación con el sello de un ingeniero profesional mediante la cual se identifique la marca, modelo, año, número de serie (VIN), por sus siglas en inglés, número de tablilla y número de	
	registro en el Departamento del vehículo, y se certifique que el mismo cuenta con la integridad	
	estructural necesaria para el transporte seguro de pasajeros en vías públicas y que ostente los mínimos parámetros de seguridad necesarios, incluyendo las salidas de emergencia.	
_		
3.	Recibo del Pago del Arancel (NTSP) Efectivo	
	No conlleva pago de arancel alguno. \$ 0.00	

DECLARACIÓN JURADA SOLICITUD PARA ADICIONAR UNIDADES BAJO UNA AUTORIZACIÓN

Yo,	, mayor	de edad,	estado	civil	, de	profesión
	y vecino(a) de la ciudad de		, Puerto	Rico, CERTIFI	CO Y JURAMENTO que r	no he sido
convicto(a), ni h	ne sido declarado(a) culpable, ya sea como autoro	(a) o coopera	ador(a),	en la jurisdiccio	ón de Puerto Rico, en la ju	urisdicción
federal o en cua	lquiera de los estados de los Estados Unidos por o	cualquiera de	los delit	os que se enur	neran a continuación:	
i. 	Apropiación ilegal agravada, en todas sus moda	ılidades;				
ii. iii.	extorción; fraude en las construcciones;					
iv.	fraude en la ejecución de obras de construcción	ı:				
٧.	fraude en la entrega de cosas;	,				
vi.	Intervención indebida en los procesos de contra	itación de sul	bastas o	en las operacio	ones del Gobierno;	
vii.	soborno, en todas sus modalidades;					
viii.	soborno agravado;					
ix. x.	oferta de soborno; influencia indebida;					
xi.	delitos contra fondos públicos;					
xii.	preparación de escritos falsos;					
xiii.	presentación de escritos falsos;					
xiv.	falsificación de documentos;					
XV.	posesión y traspaso de documentos falsificados	ý.				
CERTIFICO Y J	JRAMENTO que he presentado todos los docume	entos requeri	dos en el	l Código de Re	glamentos para la presente	e solicitud
y que no se me	ha sido cancelada alguna otra autorización del	Negociado (de Trans	sporte y otros	Servicios Públicos en m	ni carácter
personal o como	o miembro de la Junta de alguna entidad jurídica	. Entiendo c	lue sumii	nistrar informa	ción falsa conlleva la impu	utación de
cargos en mi co	ntra según las disposiciones aplicables del Código	o Penal de P	uerto Ric	co. Autorizo al	Negociado de Transport	te v otros
			derto inic	co. Autorizo di	rregociado de Transport	te y otros
Servicios Públic	cos, de ser necesario, que la misma sea corroborad	da.				
	Firma del Peticionario		_	Día/	/Mes/Año	
	Tima del Tettelonario			Diay	Pies/Alle	
AFIDÁVIT N	ÚM.:					
Juramentada y s	suscrita ante mí por			, de las circu	unstancias personales ante	riormente
expresadas, a q	uien doy fe de haber identificado mediante			. Е	in	, Puerto
Rico, hov	de					
				Notario Púb	lico	
_	Sello Notarial					
		FICACIĆ	N			
Contifico que al				'ádiga da Dagl	amantas nava adiudiaar la	nucconto
	peticionario ha presentado todos los documento					a presente
solicitud. En	, Puerto Rico, hoy	de		de	·	
		No			de del Funcionario	
				Autorizado (Si	aplica)	
				Puesto que o	ocupa	
			Firma	del Funcionari	o Autorizado	
Sel	lo del Negociado de Transporte					
	- ,					





CERTIFICACIÓN DE RE-INSPECCIÓN POR MULTAS ADMINISTRATIVAS

1.	FECHA DE LA	RE-INSPEC	CIÓN		2.	NÚMERO DEL BOL	ETO.
	Día:/ Mo	es:	_/ Año:/				
3.	LUGAR DE LA	RE-INSPEC	CCIÓN		4.	FECHA DEL BOLE	то
						Día:/ Mes:	/ Año:/
5.	INFORMACIÓI	N DEL VEHÍ	CULO RE-INSPECCIONADO				
N	MARCA:			MODEL	.O:		AÑO:
TAI	BLILLA:			SER			
MA	RBETE:			FECHA I EXPIRACIÓ			/ Año:/
6.	NOMBRE DE C	CONCESION	IARIO		7.	NÚMERO DE AUTO	PRIZACIÓN:
					8.	FECHA DE EXPIRA	CION: / Año:/
	Caladam	<u> </u>					/ Allo:/
C		/	////	<i></i>	/		
9.	o Electrónico:	ODERADO		-	10	NIÚMEDO DE LICEN	ICIA
9.	NOMBRE DEL	OPERADO	₹		10.	NÚMERO DE LICEN	NCIA:
					11.	FECHA DE EXPIRA	CIÓN:
						Día:/ Mes:	/ Año:/
	Celular:	/_	////				
Corre	o Electrónico:						
12.	NOMBRE DEL	REPRESEN'	TANTE AUTORIZADO				
	Celular:	/	////	//_	/		
Corre	o Electrónico:						
13.	MULTAS ADM	INISTRATIV	AS::				
Nú	ımero de Infra	ıcción		alia da la Niv			
			Descrip	ción de la Mu	lta		Corregida
			Descrip	cion de la Mu	lta		Corregida □ SÍ □ NO
			Descrip	cion de la Mu	lta		
			Descrip	cion de la Mu	lta		□ SÍ □ NO
			Descrip	cion de la Mu	Ita		
			Descrip	cion de la Mu	Ita		☐ SÍ ☐ NO ☐ SÍ ☐ NO ☐ SÍ ☐ NO
			Descrip	cion de la Mu	lta		□ SÍ □ NO □ SÍ □ NO □ SÍ □ NO □ SÍ □ NO
			Descrip	cion de la Mu	ılta		□ SÍ NO □ SÍ NO □ SÍ NO □ SÍ NO □ SÍ NO
			Descrip	cion de la Mu	ılta		SÍ NO
			Descrip	cion de la Mu	ılta		SÍ NO
			Descrip	cion de la Mu	ılta		SÍ NO
			Descrip	cion de la Mu	ılta		SÍ NO

14. MULTAS ADMINISTRATIV	AS SIN CORREGIR:					
Número de Infracción	Des	cripción de la Multa		Cuantía		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
		M	MONTO TOTAL:	\$		
Nombre del Representante	Autorizado	Firma del Concesionario o Representante Autorizado				
	CERTI	FICACIÓN				
	CERTIFICACIÓN POR MULTAS	N DE RE-INSPEC ADMINISTRATIV				
CERTIFICO el haber inspec	ccionado el referido v	ehículo y hago const	ar que las viola	iciones encontradas		
fueron corregidas dentro	del término de quinc	e (15) días posteriore	es a la fecha d	e notificación de la		
multa administrativa, en c	onformidad a la Cart	a Circular IX-2018, " <i>(</i>	Certificación de	e Re-Inspección por		
Multas Administrativas".						
Nombre del Inspector(a) Número	o de Placa	Firma de	el Inspector(a)		
Nombre del Supervisor((a)		Firma de	el Supervisor(a)		





FORMULARIO DE QUERELLAS

Reglamento Núm. 9020, "Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público", de 5 de abril de 2018 Sub-capítulo IV, Art. I: Procedimiento para la Presentación y Adjudicación de Quejas y Querellas

1	EECHA B	E DDECEN	IT A CIÁN								2	NÚMEDO		IEDELI	Λ.			
1.		E PRESEN					. ~				2.	NÚMERO						
		Mes:_				<i>'</i>	Ano:						Q1					
3.		QUERELL																
	_	PERSONA		XL.				PERS										
		CONCESIO						OTRO			· · · · · ·			_				
4.	INFORMA	ACIÓN DEL	_ QUERE	ELLAN	ITE													
	ombre del uerellante	I	Apellid	o Pate	erno		Apellio	do Mat	erno		Non	mbre		In	icial		l	
		I															_	
	on Física o	l															_l	
K	esidencial	I	Ciudad					Esta	ado.				Zon	na Posta			_l	
			Oldddd														1	
																	_l _l	
Direco	ión Postal																-' _	
			Ciudad					Esta	ado				Zon	na Posta	al			
	Teléfono	/	_//-	/	/	/-	/_	/_	/_	_/	Ext.	•	/					
	Celular	/	_//-	/	/	/-	/_	/_	/_	/								
R	Teléfono esidencial	/	_//-	/	/	/-	/_	/_	/_	_/								
E	Correo lectrónico																	
L	icencia de Conducir				Cat	egoría				Fech	a de V	/encimien	to	/)ía	Mes	/	Año	
	lúmero de													71u	1103		Allo	
\$3.153	debidame acompañ	o querella p ente jurame ar junto co conozca qu	entada po on la quei	or su re rella u	eprese na cer	ntante tificaci	legalm ón exp	nente au pedida	utoriza por el	ido o p Nego	oor su ciado	abogado d de Transp	oportoc orte y c	dos sus otros Se	miembr ervicios	os o tito Público	ulares. E s (NTS	eberán
5.	INFORMA Informac	ACIÓN DEL ión sobre l	_ QUERE la Persor	ELLAD na o E	O ntidad	d contr	a la cu	ıal se e	está qu	ıerella	indo c	o requiere	que se	investi	gue.1			
	ombre del																	
	ellado o su resentante		Apellid	o Pate	erno		Apellio	do Mat	erno		Non	mbre		In	icial			
(Empresa Querellada																	
N	lúmero de																	
Au	<u>torización</u>																1	
Direcció	on Física o																-' 	
Residencial																	_	
			Ciudad					Esta	ado				Zon	na Posta	al			
		I															_l	
Dirección Posta																	_	
			Ciudad					Esta	ado				Zon	na Posta	al		_l	
	Teléfono	/_		/	/		//			/								
	esidencial lúmero de Celular	/_		/	·/		/_	/_	/	/								
Te	léfono del		//-	· /	/	/-	/			/	Ext.	:	/	,				
	Trabajo Correo									_								
E	lectrónico																	

¹ Cuando el querellante ignore el verdadero nombre del querellado, deberá hacer constar este hecho en la querella y podrá designar a dicho querellado usando un nombre ficticio. Sin embargo, con toda prontitud deberá realizar las gestiones necesarias para descubrir el verdadero nombre, acreditando dichas gestiones. Luego de descubrir el verdadero nombre del querellado, presentará ante la Secretaría de la Comisión la enmienda correspondiente a la querella.

6.	TIPO DE QUERELLADO
	☐ PERSONA NATURAL ☐ PERSONA JURÍDICA
	□ CONCESIONARIO □ OTRO
7.	LUGAR DONDE OCURRIERON LOS HECHOS
8.	FECHA EN LA CUAL OCURRIERON LOS HECHOS
	Día: Mes: Año:
9.	PERSONAS INVOLUCRADAS
10.	TIPO DE TRANSACCIÓN REALIZADA
11.	RELACIÓN DE HECHOS Y CÓMO OBTUVO CONOCIMIENTO SOBRE LOS HECHOS ALEGADOS

NOMBRE, DIRECCIÓN FÍSICA O RESIDENCIAL, DIRECCIÓN POSTAL Y TELÉFONO DE POSIBLES TESTIGOS

13.	REMEDIOS O MEDIDAS QUE SOLICITA
	
14.	DAÑOS Y PERJUICIOS
14.	DAILES I FERSOICIOS
	Que a consecuencia de lo antes expuesto he sufrido danos y perjuicios que estimo en la suma de \$,
	y por la presente le reclamo al querellado.
	Que al momento de presentar esta querella he realizado las siguientes gestiones para resolver esta situación y no he recibido
	contestación del querellado:
	1.
	2.
	3
	4.
	5
	El Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP) representa al Gobierno de Puerto Rico en acciones relacionadas a la
	prestación de servicios públicos. La jurisdicción del Negociado para la adjudicación de daños y perjuicios está predicada en la prestación
	del servicio público si los daños surgen como consecuencia de ello. Por lo que, no es política de este Negociado ofrecer asesoramiento sobre acciones fuera de este contexto. Si la parte querellante desea asesoramiento legal respecto a su causa de acción personal, le
	recordamos que usted tiene la alternativa de consultar o contratar un abogado privado.
15.	ANEJOS: DOCUMENTOS Y/O EVIDENCIA

1	
2	
3	
4	
5	

DECLARACIÓN JURADA

FORMULARIO DE QUEJAS Y QUERELLAS

′0,,	mayor de edad, de estado civil	, de profesi
y vecino(a) de la ciudad de	, Puerto Rico, CERTIFI	CO Y JURAMENTO que
severado en el presente formulario es la verdad y nada má	s que la verdad. Entiendo que suministrar in	formación falsa conlleva
nputación de cargos en mi contra según las disposiciones apl	icables del Código Penal de Puerto Rico.	
or todo lo cual, la parte querellante solicita que al Negocia	ndo de Transporte y otros Servicios Públicos	, previa audiencia
ública, emita la decisión que en derecho proceda.		
Firma del Querellante	Día/M	es/Año
AFIDÁVIT NÚM		
uramentada y suscrita ante mí por		
uramentada y suscrita ante mí por nteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado	mediante	
uramentada y suscrita ante mí por	mediante	
uramentada y suscrita ante mí por nteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado	mediante	
uramentada y suscrita ante mí por nteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado	mediante de	
uramentada y suscrita ante mí por nteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado	mediante	
uramentada y suscrita ante mí por nteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado	mediante de	
luramentada y suscrita ante mí por Interiormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado	mediante de Notario Público	aplica)
AFIDÁVIT NÚM	mediantede Notario Público Nombre del Funcionario Autorizado (Si	aplica)



SOLICITUD DE ELIMINACIÓN DE MULTAS

POR CONCEPTO DE TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN DE GAS LICUADO DE PETRÓLEO

Ley Núm. 75, Ley de Transformación Administrativa de la Comisión de Servicio Público, 6 de junio de 2017 R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, 5 de mayo de 2018 Carta Circular Núm. VI-2018

1. FECHA DE LA S	SOLICITUD	2. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN
Día:	Año:	
3. INFORMACIÓN	DEL CONCESIONARIO	
Nombre del Concesionario:		
Número de Seguro Social		
(Personal o Patronal)		
Dirección Física:		
	Ciudad Estado	Zona Postal
Dirección Postal:		
	Ciudad Estado	Zona Postal
Teléfono Residencial:		
Teléfono Celular:		
Teléfono de la Oficina:		/ Ext.:/
Número de Facsímile:		
Correo Electrónico:		
Página Web:		
4. NOMBRE COME	RCIAL	
	DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI APLICA)	
Nombre del Representante	1	
Autorizado: Número de Seguro	Apellido Paterno Apellido Mate	erno Nombre Inicial
Social:		
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes:	Año:
Dirección Residencial:		
	Ciudad Estado	Zona Postal
	1	1
Dirección Postal:		
Dirección Postai.		
	Ciudad Estado	Zona Postal
Teléfono Residencial:		
Teléfono Celular:		
Teléfono del Trabajo:		Ext.:

6.	NÚMERO DE LOS BOLETOS	DESCRIPCIÓN DI	E LAS INFRACCIONES	
			_	
	☐ APROBAD	0	☐ DENEGADO	
	Nombre del Comisionad	o	Firma del Comisionado	
	DE			
	DE	CLARACI	ÓN JURADA	
	SOLICITUD DE I	TI IMINIA CIÁNI F	DE MULTAS ADMINISTRATIVAS	
	SOLICITOD DE I		CEPTO DE	
	TRANSPORTE Y [DE GAS LICUADO DE PETRÓLEO	
Yo,		, mayor d	le edad, estado civil, de	profesión
			, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAMENTO que lo a	
			nformación falsa conlleva la imputación de cargos en mi co	
las disp	osiciones aplicables del Código Pena	l de Puerto Rico. Autori	izo al Negociado de Transporte y otros Servicios Público	os (NTSP),
de ser r	necesario, que la misma sea corrobora	ada.		
Fi	rma del Peticionario o Concesionar	io	Día/Mes/Año	
AFIDA	ÁVIT NÚM.:			
Jurame	ntada y suscrita ante mí por _		mayor de edad, de es	tado civil
	y de profesión		, vecino de la ciudad de	de
Puerto	Rico, quien doy fe de haber identifica	ado mediante	de	
de	En	de Puerto Rico.		
			Notario Público	
			Nombre en Letra de Molde del	
			Funcionario Autorizado	
			Puesto que ocupa	
			Puesto que ocupa	
			Firma del Funcionario Autorizado	
	Sello Notarial			





SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERSONA NATURAL EMPRESAS DE TAXI (TX)

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018 NÚMERO DE SOLICITUD FECHA DE LA SOLICITUD Año: Día: Mes: 3. TIPO DE SOLICITUD SOLICITUD NUEVA ☐ RENOVACIÓN TIPO DE CABIDA 4. □ MENOR CABIDA
□ CABIDA INTERMEDIA
□ MAYOR CABIDA INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO 5 Nombre del Apellido Paterno Peticionario: Apellido Materno Nombre Inicial Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Año Día Mes Dirección Residencial: Ciudad Estado Zona Postal Dirección Postal: Ciudad Estado Zona Postal Teléfono Residencial: Celular: Ext.: Teléfono de la Oficina: Número de Facsímile: Correo Electrónico: Página Web: Fecha de Vencimiento: Licencia de Conducir: Categoría: Día Mes Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos. Tipo de Autorización: Número de Autorización: 6. NOMBRE COMERCIAL DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL Zona Postal Ciudad Estado 8. CERTIFICADO DE PERMISO DE USO Expedido por la Oficina de Gerencia de Permisos o Permisos Municipales Número de Certificado _ Fecha de Vigencia: Día Mes Año

9.	DIRECCIÓN FISICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS VEHÍCULOS AUTORIZADO CUANDO ESTEN FUERA DE OPERACIÓN O FUERA DE SERVICIO.	os
	Ciudad Estado Zona Postal	
	Ciudad Estado Zona Postal	
SECCIÓ	ÓN 8.07 - REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN	
	de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	V
2.	 Copia de la Certificación de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública El concesionario, previo a comenzar operaciones, deberá presentar ante el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos la evidencia de contar con una póliza de seguro emitida por un asegurador autorizado por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en Puerto Rico con la siguiente cubierta mínima: cubierta primaria de responsabilidad pública de automóvil con límites de por lo menos cincuenta mil dólares (\$50,000.00) por muerte y lesiones corporales por persona, cien mil dólares (\$100,000.00) por muerte y lesiones corporales por accidente, y veinticinco mil dólares (\$25,000.00) por daño a la propiedad por accidente. Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 	
	Expedido por el DTOP para cada unidad a utilizarse para ofrecer el servicio.	
3.	Certificado de Calibración del Taxímetro Emitido dentro de los treinta (30) días previo a la presentación de la solicitud, correspondiente a cada una de las unidades a utilizarse. Deberá incluir lo siguiente: 1. Nombre completo del peticionario 2. Marca del Vehículo 3. Modelo del Vehículo 4. Año del Vehículo 5. Número de serie o VIN del Vehículo 6. Número de tablilla del Vehículo 7. Número de Registro del Vehículo 8. Marca del taxímetro 9. Modelo del taxímetro 10. Año de fabricación del taxímetro	
SECCIÓ	N 8.07 (d) - REQUISITOS COMO PERSONA NATURAL	
Favor o	de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	V
1.	Licencia de Conducir Expedida por el DTOP bajo la categoría correspondiente a la unidad a ser operada.	
2.	Certificado Negativo de Antecedentes Penales (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico . Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición.	
	No se autorizará a una persona natural como Empresa de Taxi si aparecen los siguientes delitos: a. Ha sido convicto de cualquier delito grave.	
	 b. Ha sido convicto de cualquier dento grave. b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. 	
3.	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. Certificado Negativo del Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de 	
3.	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. 	
3.	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. Certificado Negativo del Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de Puerto Rico. (Original) 	
	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. Certificado Negativo del Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de Puerto Rico. (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición. Informe de su Historial como Conductor Expedido por el DTOP cuya fecha de expedición no sea mayor de treinta (30) días al momento de la presentación 	
	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. Certificado Negativo del Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de Puerto Rico. (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición. Informe de su Historial como Conductor Expedido por el DTOP cuya fecha de expedición no sea mayor de treinta (30) días al momento de la presentación de la solicitud. No se autorizará a una persona natural como Empresa de Taxi si aparecen las siguientes infracciones: a. Más de cinco (5) infracciones de tránsito en un periodo de tres (3) años b. Una infracción mayor en el periodo previo de tres (3) años, incluyendo, sin limitación alguna, las siguientes: Carreras de competencia; Intento de evadir a la Policía; Conducir a exceso de cien (100) millas por hora; Conducir regligentemente o temerariamente; Conducir con una licencia suspendida o revocada. Recibo de Pago del Arancel de la CSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito: Visa o MasterCard) 	
4.	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. Certificado Negativo del Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de Puerto Rico. (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición. Informe de su Historial como Conductor Expedido por el DTOP cuya fecha de expedición no sea mayor de treinta (30) días al momento de la presentación de la solicitud. No se autorizará a una persona natural como Empresa de Taxi si aparecen las siguientes infracciones: a. Más de cinco (5) infracciones de tránsito en un periodo de tres (3) años b. Una infracción mayor en el periodo previo de tres (3) años, incluyendo, sin limitación alguna, las siguientes: Carreras de competencia; Intento de evadir a la Policía; Conducir a exceso de cien (100) millas por hora; Conducir negligentemente o temerariamente; Conducir con una licencia suspendida o revocada. Recibo de Pago del Arancel de la CSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito: Visa o MasterCard) Solicitud nueva \$ 50.00/unidad 	
4.	 b. Ha sido convicto de un delito menos grave de naturaleza violenta, de naturaleza sexual, por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, conducir temerariamente, abandonar la escena de un accidente, o cualquier otro delito relacionado con la operación de un vehículo de motor. c. Ha sido convicto de más de tres (3) delitos menos grave de cualquier tipo. d. Aparece en el Sitio Web del registro Público Nacional de Ofensores Sexuales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos o el Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y abuso Contra Menores, creado en virtud de la Ley 266-2004, según enmendada. Certificado Negativo del Registro de Personas Convictas por Delitos Sexuales y Abuso Contra Menores de Puerto Rico. (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición. Informe de su Historial como Conductor Expedido por el DTOP cuya fecha de expedición no sea mayor de treinta (30) días al momento de la presentación de la solicitud. No se autorizará a una persona natural como Empresa de Taxi si aparecen las siguientes infracciones: a. Más de cinco (5) infracciones de tránsito en un periodo de tres (3) años b. Una infracción mayor en el periodo previo de tres (3) años, incluyendo, sin limitación alguna, las siguientes: Carreras de competencia; Intento de evadir a la Policía; Conducir a exceso de cien (100) millas por hora; Conducir regligentemente o temerariamente; Conducir con una licencia suspendida o revocada. Recibo de Pago del Arancel de la CSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito: Visa o MasterCard) 	

DECLARACIÓN JURADASOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONA NATURAL

EMPRESAS DE TAXI

Yo,		mayor de edad, estado civil,	de profesión
	y vecino de la ciudad de	, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAMENTO	que no he sido
convicto(a), ni h	e sido declarado(a) culpable, ya sea cor	mo autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, e	n la jurisdicción
federal o en cual	quiera de los estados de los Estados Un	idos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación	n:
i.	Apropiación ilegal agravada, en todas	sus modalidades;	
ii. 	extorción;		
iii. iv	fraude en las construcciones; fraude en la ejecución de obras de cor	actrucción:	
iv. V.	fraude en la entrega de cosas;	istruccion,	
vi.		de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;	
vii.	soborno, en todas sus modalidades;	· ·	
viii.	soborno agravado;		
ix.	oferta de soborno;		
x. xi.	influencia indebida; delitos contra fondos públicos;		
xi. xii.	preparación de escritos falsos;		
xiii.	presentación de escritos falsos;		
xiv.	falsificación de documentos;		
XV.	posesión y traspaso de documentos fa	alsificados;	
CERTIFICO Y JU	JRAMENTO que he presentado todos lo	s documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la pr	esente solicitud
y que no se me	ha sido cancelada alguna otra autoriza	ación del Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos	en mi carácter
personal. Entien	do que suministrar información falsa cor	nlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposicione	es aplicables del
Código Penal de	e Puerto Rico. Autorizo al Negociado	de Transporte y otros Servicios Públicos de ser necesario, qu	ıe la misma sea
corroborada.			
	Firma del Peticionario	 Día/Mes/Año	-
	Filma dei Feticionario	Diay Mesy Allo	
AFIDÁVIT N	ÚМ.:		
Juramentada y s	uscrita ante mí por	, de las circunstancias personale	s anteriormente
expresadas, a qu	uien doy fe de haber identificado medi	ante En	. Puerto
	de de		, , , , , , , , , , , , , , , , ,
Rico, rioy	de de	.	
		Notario Público	
_	Sello Notarial		
		CERTIFICACIÓN	
Cortifico que el	naticionario ha procentado todos los d	CERTIFICACIÓN ocumentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjud	icar la procente
			icai la presente
solicitud. En	, Puerto Rico, noy	de	
		Nombre del Funcionario Autorizado	
		Puesto que ocupa	
		i deste que ocupa	
		Firms del Funcionario Autorizado	
	del Normale de de E	Firma del Funcionario Autorizado	
Sello	del Negociado de Transporte		

NTSP-SACORP-TX-OR-005 ABRIL/2018

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA EMPRESAS DE TAXI (TX)

1. FECHA DE LA S	OLICITUD					2.	NÚMERO [DE SOLICITI	JD	
Día:	Mes:		_ Año:_							
3. TIPO DE SOLIC	ITUD									
		SOLICITUI	D NUEV	Α		RENO	VACIÓN			
4. TIPO DE CABID		LOD OARIDA					443/05.04	DID A		
5. TIPO DE PERSO		OR CABIDA		ABIDA IN	TERMEDIA		MAYOR CA	ABIDA		
□ CORPO										
	ÑÍA DE RESPONS.	ABILIDAD LIN	1ITADA	(LLC, PC	R SUS SIGL	AS EN	INGLÉS)			
6. INFORMACIÓN	DE LA ENTIDAD									
Nombre de la Entidad:	I									
Número de Seguro Social Patronal:			-			-				T
Social Fational.	1			l .						<u>-l</u>
Dirección Física:										
Direction Fisica.								Zona Pos		
	Ciudad			ESI	ado			Zona Pos	ldi	
	I									
Dirección Postal:	<u> </u>									
	Ciudad			Est	ado			Zona Pos	tal	
Teléfono de la Oficina:	()			Ext.:		Celula	ar: ()		
Número de Facsímile:	()	_								
Correo Electrónico:										
Página Web:										
7. NOMBRE COME	RCIAL									
8. INFORMACIÓN	DEL AGENTE RES	SIDENTE								
Nombre del Agente										1
Residente:		Apellido Pater	no	Apel	ido Materno		Nombre		Ini	cial
Número de Seguro Social:			-			-				
Fecha de Nacimiento:		Día		_	Mes				Año	_
	I									
Dirección Residencial:										
	Ciudad			Est	ado			Zona Pos	tal	
Dirección Postal:	ļ									
	lCiudad			Est	ado			Zona Pos	tal	
Teléfono Residencial:	()					Celula	ar: ()		
Teléfono del Trabajo:	()			E	xt.:		_			
Correo Electrónico										
Licencia de Conducir:		Categoría:			Fecha de V	encimie		/Mes	/_	 Año
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna		conferio		Negociado o NO	de Trans				
Tipo de Autorización:					imero de Au	utorizac	ión:			

	DEL REPRESENTAN	OTUA 3TV	RIZADO							
Nombre del Representante	<u> </u>									
Autorizado: Número de Seguro	A	pellido Pat	erno -	Apellio	do Materno	N	lombre		In	nicial
Social: Fecha de Nacimiento:										
r cond de redemmento.	<u>D</u>	ía			Mes				Año	1
Dirección Residencial:										
Direccion Residencial.	Ciudad			Esta	do			Zona Pos	tal	
	I							20110 1 03		
Dirección Postal:										
2,,000,000,000	Ciudad			Esta				Zona Pos	tal	
Teléfono Residencial:	()					Celular:	()		
Teléfono de la Oficina:	()			Ex	t.:					
Licencia de Conducir:		Categoría	n:		echa de V	encimiento	D:			
Correo Electrónico:							D ía	a Me	S	Año
Especifique si ostenta o ha	a ostentado alguna a	autorizació				de Transpo	rte y otr	os Servicio	os Públic	cos.
Tipo de Autorización:			□ SÍ		NO mero de Au	utorización	:			
	DE LA JUNTA DE D	IRECTORI	ES							
POSICIÓN	NOMB			APEL	LIDO PAT	ERNO		APELLIC	OO MATE	ERNO
Presidente										
Vicepresidente										
Tesorero										
Secretario										
11. INFORMACIÓN D	DEL PRESIDENTE									
11. INFORMACIÓN D Nombre del Presidente:		nollido Pat	erno	Apolli	do Matorno	N	lombra		In	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro		pellido Pat	erno -	Apellio	do Materno	- N	lombre		In	nicial
Nombre del Presidente:	A,		erno -	Apelli		- N	lombre			nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social:	A,	pellido Pat	erno -	Apelli	do Materno Mes	- N	lombre		In	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social:	A,		erno -	Apelli		- N	lombre			nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	A,		erno -	Apellio	Mes	- N	lombre	Zona Pos	Año	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	A		erno -		Mes	- N	lombre	Zona Pos	Año	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	A		erno -		Mes	- N	lombre	Zona Pos	Año	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	A		erno -		Mes	- N	lombre	Zona Pos	Año	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:			erno	Esta	Mes	Celular:	lombre		Año	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal:			erno	Esta	Mes	- Celular:	lombre		Año	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial:				Esta Esta	Mes do	- Celular:		Zona Pos	Año ital	nicial
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico:		ía Categoría	1:	Esta Esta	Mes do do	Celular:	C	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir:		ía Categoría	1:	Esta Esta da por el N	Mes do do	Celular:	C	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico:		ía Categoría	a:	Esta Esta da por el N	do do t.:echa de Vegociado do	Celular:	C Día	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o ha		ía Categoría	a:	Esta Esta da por el N	do do t.:echa de Vegociado do	Celular:	C Día	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o ha		ía Categoría	a:	Esta Esta da por el N	do do t.:echa de Vegociado do	Celular:	C Día	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o ha		ía Categoría	a:	Esta Esta da por el N	do do t.:echa de Vegociado do	Celular:	C Día	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o ha		ía Categoría	a:	Esta Esta da por el N	do do t.:echa de Vegociado do	Celular:	C Día	Zona Pos	Año tal stal	Año
Nombre del Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o ha		ía Categoría	a:	Esta Esta da por el N	do do t.:echa de Vegociado do	Celular:	C Día	Zona Pos	Año tal stal	Año

12. INFORMACIÓN	DEL VICEPRESIDENTE					
Nombre del Vicepresidente:	<u> </u>					
Número de Seguro	Apelli	do Paterno -	Apellido Mate	erno No	ombre	Inicial
Social: Fecha de Nacimiento:						
recha de Nacimiento:	Día		M	es		Año
Dirección Residencial:						
	Ciudad		Estado		Zona Po	stal
Dirección Postal:	I <u>. </u>					
	l Ciudad		Estado		Zona Po	 stal
Teléfono Residencial:	(Celular:	()	-
Teléfono de la Oficina:	()		Ext.:			
Licencia de Conducir:	Cat	egoría:	Fecha o	de Vencimiento:	/	
Correo Electrónico:					Día Me	es Año
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna auto	rización conferi	da por el Negocia	do de Transport	e y otros Servic	ios Públicos.
		□ SÍ	□ NO			
Tipo de Autorización:			Número de	e Autorización:		
	DEL TESORERO					1
Nombre del Tesorero:	IApelli	do Paterno	Apellido Mate	erno No	mbre	l Inicial
Número de Seguro Social:		-		-		
Fecha de Nacimiento:	Día	-	M	es		Año
Dirección Residencial:						
	l Ciudad		Estado		Zona Po	stal
	Ciddad		Lstado		20118 FO	- I
Dirección Postal:						
	Ciudad		Estado		Zona Po	stal
Teléfono Residencial:	(Ext.:	Celular	()	
Teléfono de la Oficina:			EX		/	/
Licencia de Conducir:	Cat	egoría:	Fecha o	de Vencimiento:	Día Me	es Año
Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	a ostantado alguna auto	rización conferi	da nor el Negocia	do do Transport	o v otros Sarvio	ios Dúblicos
Especifique si osterita o ri	a osteritado diguna dato	☐ sí	□ NO	ao de Transport	e y ouros servic	ios i ablicos.
Tipo de Autorización:				e Autorización:		
	DEL SECRETARIO					
Nombre del Secretario:		1.5.				
Número de Seguro	Apeili	do Paterno	Apellido Mate	erno No	mbre	Inicial
Social: Fecha de Nacimiento:						
recha de Nacimiento.	Día		M	es		Año
Dirección Residencial:						
	Ciudad		Estado		Zona Po	stal
	I					
Dirección Postal:						
	l Ciudad		Estado		Zona Po	l stal
Teléfono Residencial:	(Celular	()	
Teléfono de la Oficina:	()		Ext.:			
Licencia de Conducir:	Cat	egoría:	Fecha o	de Vencimiento:	Día Me	es Año
Correo Electrónico:						
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna auto	_	da por el Negocia o	do de Transport	e y otros Servic	ios Públicos.

Tipo	de Autorización:			Número d	de Autorización:			
15.	DIRECCIÓN FÍS	ICA DEL LOCAL						
	1							
	lCiudad		Estado		Zona Post	al		
16.	CERTIFICADO	DE PERMISO DE USO						
10.		Oficina de Gerencia	de Permisos o Pe	rmisos Municipa	les			
		tificado		-		oncia:	,	,
	Numero de Cert	inicado			Pecha de Vigi	Día	Mes	Año
17.	INVENTARIO D	ETALLADO DE LOS V	EHÍCULOS					
		un inventario detallac o a la fecha de la solic				orización so	licitada, de	haberlos
	Modelo Año							
	 Número 	o de Serie o VIN						
	 Número 	o de Tablilla o de Registro						
18.	DIRECCIÓN FÍS	del Permiso de Vehícu ICA DE LA BASE DE C STÉN OPERANDO O F	PERACIÓN Y/O	DONDE SE ALM	IACENARÁN LOS	VEHÍCULO	S AUTORIZA	ADOS
	COANDO NO ES	STEN OF ENANDS ST	OLIVA DE SEIVI	G10.				
	<u> </u>							
	Ciudad		Estado		Zona Post	al		
19.	INFORMACIÓN	RELACIONADA CON	LA ENTIDAD					
		¿Cuántos	empleos directos	s o indirectos ge	nera la entidad?			
		☐ Directos	sl	☐ Indire	ectos	_1		
20.	INFORMACIÓN	GUBERNAMENTAL						
		miembro de la Junta	<u>-</u>					
es actu	almente emplead	lo del gobierno?	□ SÍ	□ NO	□ ES1	TATAL [MUNICIF	PAL
	respuesta es af e de la entidad gu	irmativa indique el ubernamental.						
		PREGUNTAS		Número d	le Autorización	Feci Día	ha de Exped Mes	lición Año
		miembro de la Junta				Dia	Mes	Allo
autoriza (NTSP)	?	ociado de Transporte	□ SÍ □ NC					
		miembro de la Junta autorización con el	□ SÍ □ NC					
	ado de Transport		SÍ DNC					

SECCIÓ	N 8.07 - REQUISITOS CORRESPONDIENTES A CADA UNIDAD	
Favor d	le indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	
1.	Copia de la Certificación de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública	
	• Emitida por una compañía aseguradora autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto	
	Rico a hacer negocios en Puerto Rico. Deberá endosar a la CSP y contener una clausula mediante la cual la	
	compañía de seguros se compromete a notificar por escrito al Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos el vencimiento de dicha póliza con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de	
	vencimiento.	
2.	Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia)	
	Expedido por el DTOP para cada unidad a utilizarse para ofrecer el servicio.	
3.	 Certificado de Calibración del Taxímetro Emitido dentro de los treinta (30) días previo a la presentación de la solicitud, correspondiente a cada 	
	una de las unidades a utilizarse.	
	Deberá incluir lo siguiente:	
	Nombre completo del peticionario	
	Marca del Vehículo Modelo del Vehículo	
	4. Año del Vehículo	
	5. Número de serie o VIN del Vehículo	
	6. Número de tablilla del Vehículo	
	7. Número de Registro del Vehículo 8. Marca del taxímetro	
	9. Modelo del taximetro	
	10. Año de fabricación del taxímetro	
Sec. 3.1	9 - REQUISITOS PARA RADICAR COMO CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA	
Favor d	le indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	√
1.	Certificado de Existencia expedido por el Departamento de Estado del Gobierno de Puerto Rico.	•
2.	Certificado de Cumplimiento "Good Standing" expedido por el Departamento de Estado.	
3.	Certificado de Incorporación presentado ante el Departamento de Estado del Gobierno de Puerto Rico. En el caso de Compañías de Responsabilidad Limitada (CRL) o LLC (por sus siglas en inglés), el correspondiente Certificado de	
	Organización presentado ante dicho Departamento.	
4.	Copia certificada de los Estatutos o Artículos de Incorporación "By Laws" de la corporación.	
_	En el caso de Compañías de Responsabilidad Limitada, el Contrato de Compañía de Responsabilidad Limitada	
5.	Certificado de Resolución Corporativa que identifique y certifique al representante autorizado por la entidad para realizar los trámites ante la Comisión de Servicio Público.	
6.	Estado de Situación	
	Preparado conforme a las normas de contabilidad aceptadas, que demuestre la condición económica de la	
	corporación al cierre de sus operaciones y	
	 Debidamente auditado por un Contador Público Autorizado (CPA) con licencia vigente del Gobierno de Puerto Rico. El informe debe estar acompañado con la opinión correspondiente del Contador Público 	
	Autorizado (CPA). Conforme a la Ley General de Corporaciones, Ley Núm. 164-2009.	
	En el caso de Compañías de Responsabilidad Limitada, corporaciones sin fines de lucro y sin acciones	
	de capital, corporaciones con fines de lucro cuyo volumen de negocio no sobrepase tres millones de	
	dólares (\$3, 000,000.00), corporaciones que estuvieron inactivas o no operaron durante el año reportado, será requerido un Estado de Situación Financiera y no es requisito que dicho estado sea	
	acompañado por un informe de auditoría preparado por un Contador Público Autorizado (CPA).	
7.	Certificación de la Composición de la Junta de Directores.	
8.	Certificación de Deuda de la Entidad expedida por el Departamento de Hacienda o Plan de Pago, la cual no podrá	
	exceder de treinta (30) días de expedida al momento de la presentación.	
9.	Certificación de Radicación de Planillas de la Entidad en los últimos cinco (5) años.	
	Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico. • La Certificación no podrá exceder el año contributivo de expedido al momento de la radicación.	
	Si la certificación refleja que no rindió planilla para alguno de sus periodos, este Organismo evaluará el	
	Certificado de Incorporación como evidencia de la fecha en que la Entidad Jurídica se incorporó.	
	Si la Certificación indica que la entidad no rindió planilla para algún periodo en que el <i>Certificado de la periodo en que la entidad y a estaba incorporada, el peticipayio deberá presentar la evidencia de la peticipayio de la peticipayio deberá presentar la evidencia de la peticipayio del peticipayio de la peticipay</i>	
	Incorporación refleja que la entidad ya estaba incorporada, el peticionario deberá presentar la evidencia de presentación de planilla ante el Departamento de Hacienda.	
10.	Certificación de Radicación de Planillas de la Entidad sobre el Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). Expedida	
	por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
11.	Certificación de Deuda del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU) de la Entidad. Expedida por el Departamento de	
12.	Hacienda del Gobierno de Puerto Rico. Certificación de Registro y Certificación de Deuda del Programa de Seguro Social para Choferes y Otros	
	Empleados de la Entidad. Expedida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Gobierno de	
	Puerto Rico. No podrá exceder de treinta (30) días de expedido al momento de su presentación.	
	Si el peticionario es concesionario de este Organismo, deberá presentar la certificación que acredite el pago del (de les) trimestro(s) correspondiento(s) al memorto de su presentación.	
17	del (de los) trimestre(s) correspondiente(s) al momento de su presentación. Certificación de Cumplimiento de la Entidad expedida por la Administración para Sustanto de Manores (ASUME).	
13.	Certificación de Cumplimiento de la Entidad expedida por la Administración para Sustento de Menores (ASUME) Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994, según enmendada. Expedida por el Departamento de la Familia del Gobierno	
	de Puerto Rico.	
14.	Certificación de Radicación de Planillas expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales	
15	(CRIM).	
15.	Certificación de Deuda por Todos los Conceptos expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM).	
16.	Recibo de Pago del Arancel de la CSP	
	(Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard)	
	Solicitud nueva \$50.00/unidad Danaya sián da Autorinacián \$50.00/unidad	
	Renovación de Autorización \$ 50.00/unidad	

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC)

EMPRESAS DE TAXI

Yo,	, mayor	de edad, estado civil	, de profesión
	y vecino(a) de la ciudad de	, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAM	ENTO que ni el que
suscribe, ni la enti	idad peticionaria, ni ningún presidente, vicepres	sidente, director, director ejecutivo, agente resident	e o miembro de una
junta de oficiales	o junta de directores, o personas que desemp	peñen funciones equivalentes para la entidad peti	cionaria, hemos sido
convictos, ni hemo	os sido declarados culpable, ya sea como autor	o cooperador, en la jurisdicción de Puerto Rico, en l	a jurisdicción federal
o en cualquiera de	e los estados de los Estados Unidos por cualquie	era de los delitos que se enumeran a continuación:	
	Apropiación ilegal agravada, en todas sus moda extorción;	alidades;	
	fraude en las construcciones;		
	fraude en la ejecución de obras de construcción	;	
	fraude en la entrega de cosas; Intervención indebida en los procesos de contra	atación de subastas o en las operaciones del Gobier	no;
	soborno, en todas sus modalidades; soborno agravado;		
	oferta de soborno;		
	influencia indebida; delitos contra fondos públicos;		
	preparación de escritos falsos;		
	presentación de escritos falsos;		
	falsificación de documentos; posesión y traspaso de documentos falsificados	;	
CERTIFICO V IIII	PAMENTO que ha presentada todas los documentos	entos requeridos en el Código de Reglamentos para	la prosente solicitud
	, ,	Negociado de Transporte y otros Servicios Púl	•
		urídica, ni a ningún miembro de la organización. Enti	
•		a según las disposiciones aplicables del Código P	·
			enar de ruerto meo.
Autorizo a la Com	iisión, de ser necesario, que la misma sea corrob	orada.	
Firma del Presio	dente o su Representante Autorizado	Día/Mes/Año	
AFIDÁVIT NÚM.:			
	scrita ante mí por	, de las circunstancias pers	onales anteriormente
-		En	
	de		
		Notario Público	
	Sello Notarial		
	Sello Notariai		
Certifico que el p		TIFICACIÓN os requeridos en el Código de Reglamentos para a	adjudicar la presente
	, Puerto Rico, hoy c		
John Life	, i delto Rico, noy c	de	
		Funcionavia Autovizado	
		Funcionario Autorizado	
		Funcionario Autorizado	
		Puesto que ocupa	
6.0. 115	iado de Transporte de Servicio Público	Puesto que ocupa	





SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES EMPRESAS DE TAXI (TX)

14. 5	ozo, coaigo a	e regiamentos	de la comi	31011 0	COCIV	CIOS I UD	11003, 5	CC. 5.17;	5.10, 5 d	c abili a	C 2010
1.	FECHA DE LA S	OLICITUD					2.	NÚMERO	DE SOLICIT	TUD	
	Día:	Mes:		_ Año:_							
3.	TIPO DE SOLICI	TUD									
			SOLICITUE	NUEV.	A		RENO	VACIÓN			
4.	TIPO DE CABID										
	TIDO DE DEDOG		OR CABIDA	☐ CA	BIDA IN	TERMEDIA	\	MAYOR C	ABIDA		
5.	TIPO DE PERSO			COO	PERATIV	/A			HERMANDA	D.	
	□ SOCIED □ ASOCIA				ICATO	^			OTRA		
6.	INFORMACIÓN	DE LA ORGANIZA	ACIÓN								
	Nombre de la Organización:	I									
	mero de Seguro			_			_				
	Social Patronal:										
											l
[Dirección Física:										
		Ciudad			Est	ado			Zona Po	stal	
		I									
	Dirección Postal:	<u> </u>									
		lCiudad			Est	ado:			Zona Po	stal	
Teléfoi	no de la Oficina:	()			Ext.:		Celula	ar: ()		
		()	_		Evt						
	ro de Facsímile:				EXL						
Cor	reo Electrónico:										
	Página Web:										
Especifi	que si la entidad h	na ostentado algun				_	de Tran	sporte y	otros Servic	ios Públic	os.
				SÍ	L	NO					
Tipo	de Autorización:				N	ímero de A	Autorizac	ión:			
7.	NOMBRE COME	RCIAL									
8.	INFORMACIÓN	DEL REPRESENTA	ANTE AUTOD	7400							
0.	Nombre del	JEL REPRESENT	ANTE AUTORI	ZADO							
	Representante Autorizado:	Apellido	Paterno	Аре	ellido Mat	erno	Nomk	ore		Inicial	
Núr	nero de Seguro Social:			-			-				
Fecha	de Nacimiento:									<u> </u>	_
1 ecna	de Nacimiento.		Día			Mes	i			Año	
Direcc	ión Residencial:	I									I
		Ciudad			Est	ado			Zona Pos	stal	
		1									
D	irección Postal:	<u> </u>									
		 Ciudad			Est	ado			Zona Pos	stal	
Taláfa	no Residencial:	()					Celula	ar: (```		
	no de la Oficina:	()			F-	/+ ·	Celulo	(/		
	reo Electrónico		<u> </u>		E)	(t.:					
	ia de Conducir:		Categoría:			Fecha de	Vencimie	ento:	/	/_	
2100110	as somadem.		Categoria.						Día Mo	00	۸ño

9. INFORMACIÓN	DEL SOCIO O PER	SONA A QUII	EN SE E	ENCOMIE	NDA LA AI	DMINISTR	ACIÓN E	E LA ORG	ANIZAC	IÓN
Nombre:	1									1
	Α	Apellido Paterr	10	Apelli	do Materno)	Nombre		lı	nicial
Número de Seguro Social:			-			-				
Fecha de Nacimiento:		2/2		_	Man				A # =	
	<u>.</u>	Día			Mes				Año	
Dirección Residencial:										
	Ciudad			Esta	ido			Zona Pos	stal	
	<u> </u>									
Dirección Postal:	l									
	Ciudad			Esta				Zona Pos	tal	
Teléfono Residencial:	()					Celular	. ()		
Teléfono de la Oficina:	()	_		Ex	t.:	Celular	•			
Licencia de Conducir:		Categoría:			Fecha de \	/oncimion	to:	/		
Correo Electrónico:		Categoria.			reciia de s	vencimien	D. D	ia Me	!S	Año
Indicar si es miembro				□ Sĺ		□ NO				
de la Organización:										
Especifique si usted oster	nta o ha ostentado a		ación co Sí		or el Nego NO	ciado de 1	Franspor	te y otros S	Servicios	Públicos
Tipo de Autorización:			31		mero de A	utorizació	in:			
	DE LA JUNTA DE I	DIRECTORES								
POSICIÓN	NOMI	BRE		APEI	LIDO PAT	ERNO		APELLII	DO MAT	ERNO
(O SU EQUIVALENTE) Presidente										
Vicepresidente										
Tesorero										
Secretario										
11. INFORMACIÓN	DEL PRESIDENTE									
Nombre del	1									1
Presidente: Número de Seguro	Α	Apellido Paterr	10	Apelli	do Materno)	Nombre		lı	nicial
Social:			-			-				
Fecha de Nacimiento:		Día			Mes				Año	
	1									
Dirección Residencial:	l									
	l Ciudad			Esta	udo.			Zona Pos	stal	
	Ciddad							201101 03	- Car	
Dirección Postal:										I
	Ciudad			Esta	ido			Zona Pos	stal	·
Teléfono Residencial:	()					Celular	: ()		
Teléfono de la Oficina:	()	<u> </u>		Ex	t.:				,	
Licencia de Conducir:		Categoría:			Fecha de \	Vencimien	ito:	/ vía Me		Año
Correo Electrónico:										
Especifique si usted oster	nta o ha ostentado a	_	ación co SÍ			sión de Ser	vicio Púk	olico.		
Tipo de Autorización:			31		NO mero de A	utorizació	in:			
	DEL VICEPRESIDE	NTE								
Nombre del										1
Vicepresidente:		Apellido Paterr	10	Apelli	do Materno)	Nombre		lı	nicial
Número de Seguro Social:			-			-				
Fecha de Nacimiento:	- ,	 Día		_	Mes				Año	
							1			1
.										I
Dirección Residencial:										'
	Ciudad			Esta	ndo			Zona Pos	stal	 ·

Dirección Postal:	 Ciudad			Es	tado			Zona Po	stal	
Teléfono Residencial:	()					Celular	()		
Teléfono de la Oficina:	()			E	xt.:					
Licencia de Conducir:		Categoría:			Fecha de V	/encimient	o: Dí	/ a Me	/_ es	Año
Correo Electrónico:			•				•			
Especifique si usted osten	ita o ha ostentado a		zación co □ SÍ		por el Negoc 1 NO	ciado de Tr	ansport	e y otros s	Servicios I	Públicos.
Tipo de Autorización:					úmero de A	utorizaciór	n:			
13. INFORMACIÓN	DEL TESORERO									
Nombre del Tesorero:		Apellido Pate		Λρο	llido Materno		Jombro		Ini	
Número de Seguro Social:	<i>F</i>	Apellido Pate	rno -	Ape	IIIdo Materno	-	Nombre		Ini	cial
Fecha de Nacimiento:										<u> </u>
		Día			Mes				Año	
Dirección Residencial:										l
Dirección Residencial:	Ciudad			Fo	tado			Zona Po	ctal	
	Cludad				tado			2011a PO:	Stai	
	<u> </u>									
Dirección Postal:										l
	Ciudad			Es	tado		_	Zona Po	stal	
Teléfono Residencial:						Celular:	()		
Teléfono de la Oficina:	()	<u> </u>		E	xt.:					
Licencia de Conducir:		Categoría:			Fecha de V	/encimient	o: Dí	/ a Me	/	Año
Correo Electrónico:			_							
Especifique si usted osten	ita o ha ostentado a	_	zación co □ SÍ		por el Negoc I NO	ciado de Tr	ansport	e y otros S	Servicios I	Públicos.
Tipo de Autorización:					úmero de A	utorizaciór	n:			
14. INFORMACIÓN	DEL SECRETARIO									
Nombre del Secretario:		Apellido Pate	rno	Λρο	llido Materno		Nombre		Ini	 cial
Número de Seguro Social:	<i></i>	Spellido Pate	-	Ape	mac Materno	-	vombre			Clai
Fecha de Nacimiento:		 Día		-	Mes				Año	<u> </u>
	<u> </u>	Jiu			1463				Allo	
Dirección Residencial:	<u> </u>									
	lCiudad			Es	tado			Zona Po	stal	l
	<u> </u>									
Dirección Postal:										
	Ciudad			Es	tado			Zona Po	stal	I
Teléfono Residencial:	()					Celular:	()		
Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir:	()	Catagoría			xt.:			/	/	
Correo Electrónico:		Categoría:			Fecha de V	/encimient	o: Dí	a Me	es	Año
Especifique si usted osten	ita o ha ostentado a	alguna autori	zación co	onferida	por Negocia	do de Trar	sporte y	otros Se	rvicios Pú	blicos.
			□ SÍ		NO					
Tipo de Autorización:				N	úmero de Aı	utorizaciór	n:			

15.	MIEMBROS DE	LA ORGANIZACION			
ı	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATER	NO
16.	DIRECCIÓN FÍS	ICA DEL LOCAL			
	1				1
					l
					'
	Ciudad	Estado	Zona Posta	<u> </u>	I
17	CERTIFICADO	DE DEDMICO DE LICO			
17.		DE PERMISO DE USO Oficina de Gerencia de Permisos o	Parmisos Municipales		
	Número de Cert	ificado	Fecha de Vige	ncia:/_ Día Mes	Año
				Did Mes	Allo
18.		ETALLADO DE LOS VEHÍCULOS			
		un inventario detallado de los vehí o a la fecha de la solicitud, indicand	culos que interesa operar bajo la auto o para cada vehículo lo siguiente:	rización solicitada, de hal	berlos
	Marca		o para sada vemedie ie signisme.		
	ModeloAño	•			
		o de Serie o VIN			
		o de Tablilla			
		o de Registro del Permiso de Vehículo de Motor (l	_icencia)		
19.	DIRECCIÓN FÍS	ICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y	/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS '	VEHÍCULOS AUTORIZAD	os
19.	CUANDO ESTÉI	N FUERA DE OPERACIÓN O FUERA	DE SERVICIO.		
	l				
	I				
	l				
	Ciudad	Estado	Zona Posta		
			A LINIDAD		
SECCIÓ	N 8.07 - REQUIS	ITOS CORRESPONDIENTES A CAD	A UNIDAD		
			presentados para radicar la solicitud.		√
	le indicar con una Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos p tificación de la Póliza de Seguro de	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública		V
Favor d	le indicar con una Copia de la Cer • Emitida	a marca de cotejo los documentos p tificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora auto	oresentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d	-	V
Favor d	le indicar con una Copia de la Cer • Emitida Rico a l	a marca de cotejo los documentos p tificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora auto nacer negocios en Puerto Rico. Deber	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública	y otros Servicios	V
Favor d	le indicar con una Copia de la Cer Emitida Rico a l Público notifica	a marca de cotejo los documentos p tificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora auto nacer negocios en Puerto Rico. Deber os (NTSP) y contener una clausula me r por escrito a la Comisión el vencimi	oresentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte	y otros Servicios se compromete a	V
Favor d	le indicar con una Copia de la Cer Emitida Rico a l Público notifica antelac	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora auto nacer negocios en Puerto Rico. Deber os (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimición a la fecha de vencimiento.	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t	y otros Servicios se compromete a	V
Favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber es (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimición a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia)	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t	y otros Servicios se compromete a	V
Favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi Expedi	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora auto nacer negocios en Puerto Rico. Deber os (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimición a la fecha de vencimiento.	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t	y otros Servicios se compromete a	V
favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi Expedi Certificado de C Emitido Emitido Emitido Emitido	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber se (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimitón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro o dentro de los treinta (30) días pre	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi Expedi Certificado de C Emitido una de	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimitón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro o dentro de los treinta (30) días pre las unidades a utilizarse.	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio.	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi Expedi Certificado de C Emitido una de	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber se (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimitón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro o dentro de los treinta (30) días pre	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado di endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros sento de dicha póliza con no menos de tutilizarse para ofrecer el servicio. Evio a la presentación de la solicitud, como servicio de la solicitud, como servicio.	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber es (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimidión a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de los treinta (30) días pre las unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado di endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros sento de dicha póliza con no menos de tutilizarse para ofrecer el servicio. Evio a la presentación de la solicitud, como servicio de la solicitud, como servicio.	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi Expedi Certificado de Certificad	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber es (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de los treinta (30) días pre las unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Modelo del Vehículo	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado di endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros sento de dicha póliza con no menos de tutilizarse para ofrecer el servicio. Evio a la presentación de la solicitud, como servicio de la solicitud, como servicio.	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos partificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber es (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimidión a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de los treinta (30) días pre las unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer Emitida Rico a la Público notifica antelac Copia del Permi Expedi Certificado de Copia del Permi	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deber se (NTSP) y contener una clausula mer por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de los treinta (30) días pre las unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Modelo del Vehículo	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días pre las unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Modelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Modelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	√
1.	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	√
1.	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
1.	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	V
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	N
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	
favor d	Copia de la Cer	a marca de cotejo los documentos prificación de la Póliza de Seguro de por una compañía aseguradora autonacer negocios en Puerto Rico. Deberos (NTSP) y contener una clausula mero por escrito a la Comisión el vencimidón a la fecha de vencimiento. so de Vehículo de Motor (Licencia) do por el DTOP para cada unidad a Calibración del Taxímetro de dentro de los treinta (30) días prelas unidades a utilizarse. incluir lo siguiente: Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Módelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro	presentados para radicar la solicitud. Responsabilidad Pública rizada por la Oficina del Comisionado d á endosar al Negociado de Transporte ediante la cual la compañía de seguros s ento de dicha póliza con no menos de t utilizarse para ofrecer el servicio. evio a la presentación de la solicitud, o	e y otros Servicios se compromete a reinta (30) días de	

Sec. 3.1	8 - REQUISITOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS QUE COMPONEN LA ORGANIZACIÓN	
Favor d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	
1.	Formulario de Solicitud de Autorización de Persona Natural y Declaración Jurada correspondiente.	
2.	Licencia de Conductor Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP).	
3.	Certificado de Nacimiento Expedido por el Registro Demográfico de Puerto Rico. (Original)	
	 Si el peticionario es ciudadano extranjero, presentará el certificado emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos de América (USCIS, por sus siglas en inglés) que evidencie su habilidad para trabajar en Puerto Rico. 	
4.	 Certificado Negativo de Antecedentes Penales (Original) Expedido por la Policía de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición. Si el peticionario es ciudadano extranjero y no haya residido en Puerto Rico durante los últimos cinco (5) años previo a la presentación de la solicitud de autorización, deberá acompañar, adicionalmente, un Certificado de Antecedentes Penales expedido por la autoridad correspondiente al lugar o lugares en donde haya residido durante dicho término. 	
5.	Certificación de Deuda (Original) Expedido por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Se someterá dentro del término de treinta (30) días desde su expedición.	
	En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan de pago. Catificación de Padissoción de Planifla de pago.	
6.	Certificación de Radicación de Planillas sobre Contribución de Ingresos de los últimos cinco (5) años contributivos. (Original) Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico Este documento deberá incluir el año contributivo vencido más reciente al momento de la radicación. Si la persona no rinde o no rindió planillas en alguno de los años contributivos, deberá presentar el formulario intitulado "Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución Sobre Ingresos de Individuos", Modelo SC-2781, que provee el Departamento de Hacienda, debidamente cumplimentado.	
7.	Certificado de Registro de Comerciante. (Original) Expedido por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
8.	Certificación de Radicación de Planillas del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). (Original) Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
9.	Certificación de Deuda del Impuesto sobre Ventas y Uso (IVU). (Original) Expedida por el Departamento de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.	
10.	Certificación de Registro y Certificación de Deuda del Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados. (Original) Expedida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico. No podrá exceder de treinta (30) días de expedido al momento de su presentación. • Si el peticionario es concesionario de este Organismo, deberá presentar la certificación que acredite el pago del (de los) trimestre(s) correspondiente(s) al momento de su presentación.	
11.	Certificación de Cumplimiento expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994, según enmendada. (Original) No podrá exceder el término de treinta (30) días de expedida al momento de su presentación. • En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan de pago. • En caso de que se encuentre en proceso de apelación o en algún trámite posterior deberá presentar documentación que así lo evidencie.	
12.	Certificación de Radicación de Planillas expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM)	
13.	Certificación de Deuda por Todos los Conceptos expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM)	
Sec. 3.2	0 REQUISITOS PARA LA ENTIDAD (SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES)	
Favor d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	V
1.	Descripción y clase de la razón social o acuerdo de la Organización.	
2.	Copia del contrato social o acuerdo de la Organización.	
3.	Copia certificada de la escritura de la Organización. (Si aplica)	
4.	Estado de Situación Financiera preparado por un Contador Público Autorizado, CPA.	
5.	Certificado de Resolución de la Junta de la Organización mediante el cual autoriza a su representante a realizar los trámites ante la CSP.	
6.	Documento acreditativo de la composición de la Junta de Directores, incluyendo las direcciones físicas y postales; números telefónicos; correos electrónicos donde pueden ser localizados.	
7.	Recibo de Pago del Arancel de la CSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard) • Solicitud nueva \$ • Renovación de Autorización \$ • Permiso Provisional \$200.00 Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan exclusivamente unidades de menor cabida.	

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES EMPRESAS DE TAXI

Yo,	, mayor	de edad, estado civil, de prof	resion
	y vecino de la ciudad de	, Puerto Rico, CERTIFICO Y JURAMENTO que no he	sido
convicto(a), ni h	e sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a	a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisd	icción
federal o en cual	lquiera de los estados de los Estados Unidos por c	ualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:	
i.	Apropiación ilegal agravada, en todas sus moda	lidades;	
ii.	extorción; fraude en las construcciones;		
iii. iv.	fraude en las construcciones, fraude en la ejecución de obras de construcción		
V.	fraude en la entrega de cosas;		
vi.	Intervención indebida en los procesos de contra	tación de subastas o en las operaciones del Gobierno;	
vii.	soborno, en todas sus modalidades;		
viii.	soborno agravado;		
ix.	oferta de soborno;		
x. xi.	influencia indebida; delitos contra fondos públicos;		
xii.	preparación de escritos falsos;		
xiii.	presentación de escritos falsos;		
xiv.	falsificación de documentos;		
XV.	posesión y traspaso de documentos falsificados		
CERTIFICO Y JU	JRAMENTO que he presentado todos los docume	ntos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente sol	icitud
y que no se me	ha sido cancelada alguna otra autorización del N	Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos en mi ca	rácter
personal. Entien	ido que suministrar información falsa conlleva la in	nputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicabl	es del
Código Penal de	e Puerto Rico. Autorizo al Negociado de Trans	porte y otros Servicios Públicos de ser necesario, que la mism	ia sea
corroborada.			
	Firma del Peticionario	Día/Mes/Año	
AFIDÁVIT N	ÚM.:		
		, de las circunstancias personales anteriorr	
expresadas, a q	uien doy fe de haber identificado mediante	En, P	uerto
Rico, hoy	de		
		Notario Público	
_			
	Sello Notarial		
Contifica aug al		FICACIÓN	aanta
Certifico que el	peticionario na presentado todos los documento:	s requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la pre	sente
solicitud. En	, Puerto Rico, hoy	de	
		Nombre del Funcionario Autorizado	
		Puesto que ocupa	
		i desto que ocupa	
		Firma del Funcionario Autorizado	
Solla	del Negociado de Transporto		
Seilo	del Negociado de Transporte		



GOBIERNO DE PUERTO RICO



Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

PERSONA NATURAL EMPRESAS DE RED DE TRANSPORTE (E.R.T.)

1.	FECHA DE LA S	SOLICITUD					2. 1	NÚMERO	DE SOLICIT	UD	
	Día:	Mes:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Año:_							
3.	TIPO DE SOLIC	ITUD									
			SOLICITUD	NUEV	Ą		RENOV	/ACIÓN			
4.	TIPO DE CABID		D CARIDA		DID A INT	DMEDIA		LAYOR C	A DID A		
5.	INFORMACIÓN	DEL PETICIONARIO	OR CABIDA	□ CA	BIDA INT	ERMEDIA		IAYOR C	ABIDA		
	Nombre del Peticionario:	Apellido	Paterno	Аре	ellido Mater	no	Nomb	ore	ı	nicial	
Núr	mero de Seguro Social:			-			-				
Fecha	de Nacimiento:)ía			Mes				Año	-
Direcc	ión Residencial:	L			Estac				Zona Post	tal	
D	irección Postal:	L LCiudad			Estac	lo .			Zona Posi	tal	
Teléfo	ono Residencial:	()					Celula	r: ()		
Teléfor	no de la Oficina:	()			Ext.	:					
Núme	ro de Facsímile:	()									
Cori	reo Electrónico:										
	Página Web:										
Licenc	cia de Conducir:		Categoría:			\	Fecha encimie	nto:	Día Me	s	Año
Especifi	que si usted oster	nta o ha ostentado a		sí	onferida po		ciado de	Transpor	rte y otros S	iervicios P	úblicos.
Tipo	de Autorización:				Nún	nero de A	utorizaci	ión:			
6.	NOMBRE COME	ERCIAL									

	SITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD COMO PERSONA NATURAL IV- EMPRESAS DE PASAJEROS; Capítulo VII-Empresas de Red de Transporte	
Favor d	le indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	√
1.	Certificación pericial sobre la seguridad de la Red Digital y los métodos de pago que se pretendan utilizar. Deberá incluir un informe que contenga las pruebas realizadas al sistema.	
2.	Certificar que mantiene una Póliza de Seguro que cumple con los parámetros establecidos en la Sección 7.19.	
	a. Cubierta primaria de responsabilidad pública de automóvil con límites de por lo menos cincuenta mil dólares	
	(\$50,000.00) por muerte y lesiones corporales por persona.	
	b. Cubierta primaria de responsabilidad pública de automóvil con límites de por lo menos cien mil dólares	
	(\$100,000.00) por muerte y lesiones corporales por accidente.	
	c. Cubierta primaria de responsabilidad pública de automóvil con límites de por lo menos veinticinco mil	
	dólares (\$25,000.00) por daño a la propiedad por accidente.	
	Certificar que mantiene una Póliza de Seguro que cumple con los parámetros establecidos en la Sección 7.20.	
	Los siguientes requisitos de póliza de seguro de automóvil deberán aplicar cuando un Conductor ERT este prestando los servicios ERT:	
	a. Cubierta primaria de responsabilidad pública de automóvil con límites de por lo menos un millón de dólares	
	(\$1, 000,000.00) por muerte y lesiones corporales y daño a la propiedad por accidente.	
	Los requisitos de cubiertas de ambas secciones podrán ser satisfechos por cualquiera de las siguientes:	
	i. Póliza de Seguro obtenida por el Conductor ERT; o	
	ii. Póliza de Seguro obtenida por la ERT; o	
	iii. Cualquier combinación de los Sub incisos (i) y (ii).	
3.	Certificar que requiere que todo vehículo utilizado por un Conductor ERT para la prestación de Servicios ERT, cumpla con los requisitos de la Ley de Vehículos y Transito de Puerto Rico, Ley 22-2000, según enmendada, para estar autorizado a transitar por las vías públicas.	
4.	Certificar que ha adoptado una política de cero tolerancias al uso y consumo de drogas ilícitas y alcohol, según requerido en el Artículo II del Subcapítulo VII del Código de Reglamentos.	
5.	Certificar que ha adoptado una política anti discrimen, según requerido en el Subcapítulo IX del Código.	
	Certificar que la aplicación móvil de transporte mediante la red muestra al usuario una foto de chofer, el	
6.	modelo del auto que conduce y el número de tablilla del vehículo de motor utilizado para brindar el servicio,	
7	antes de que éste aborde el vehículo.	
7.	Certificación que evidencie que ha adoptado todos los mecanismos necesarios que estén disponibles para hacer valer todas las disposiciones presentes en el Código.	
8.	Recibo de Pago del Arancel	
0.	(Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard)	
	Solicitud nueva (Cuota de Registro Anual) \$5,000.00	
	Renovación de Autorización	
	Permiso Provisional \$200.00	
	CERTIFICACIÓN SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONA NATURAL EMPRESAS DE RED DE TRANSPORTE (E.R.T.)	
Certifico	o que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la	presente
solicitud	d. En de	
	Nombre en Letra de Molde del Funcionario Autorizado	
	Puesto que ocupa	

Sello del Negociado de Transporte

Firma del Funcionario Autorizado





SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA EMPRESAS DE RED DE TRANSPORTE (E.R.T)

1.	FECHA DE LA S	OLICITUD	os de la co			TOS T GIBTI		ÚMERO DI			
		_ Mes:		۸۵۵۱				0112110 51	_ 00		
_				Ano:_							
3.	TIPO DE SOLICI	TUD									
			SOLICIT	UD NUEV	'A		RENOV	ACIÓN			
4.	TIPO DE CABID	A									
			NOR CABIDA	\	ABIDA INT	ERMEDIA	□ M.	AYOR CAE	BIDA		
5.	TIPO DE PERSO	NA JURÍDICA									
	☐ CORPO	RACIÓN									
	□ СОМРА	.ÑÍA DE RESPON	NSARII IDAD I	IMITADA	ACLIC PO	R SUS SIGI	IASENI	NGLÉS)			
6.					. (220)						
Nombr	re de la Entidad:										
	mero de Seguro									1	
	Social Patronal:			-			-				
[Dirección Física:										
		lCiudad	d		Esta	do			Zona Pos	stal	
		1									
,	Nine saidn Daetalı										
L	Dirección Postal:	I									
		Ciudad	d 		Esta		1		Zona Pos	stal	
	no de la Oficina:	()			Ext.:		Celular	(_)		
	ro de Facsímile:										
Cor	reo Electrónico: Página Web:										
7.		RCIAL									
8.	INFORMACIÓN	DEL AGENTE RI	ESIDENTE								
Non	nbre del Agente	1									
	Residente:		Apellido Pat	erno	Apellio	do Materno		Nombre	T	Inic	cial
Nui	mero de Seguro Social:			-			-				
Fecha	de Nacimiento:	Día	a		Mes			-	Año		
Direco	ión Residencial:	! 									
		lCiudad	d		Esta	do			Zona Pos	stal	
		1									1
,	Nine saide Dantale										
L	Dirección Postal:	I									
		Ciudad	d 		Esta	do 			Zona Pos	stal	
	ono Residencial:	<u> </u>					Celular	: (_)		
	ono del Trabajo:	()	<u> </u>		Ext	t.:					
	rreo Electrónico		Cata		1.	To ob a vivia	lancia i	-+	_/_	/	
	cia de Conducir:		Categoría			echa de V				les	Año
⊾specifi	que si ostenta o h	a ostentado algu	na autorizació	n conferio □ SÍ		egociado d NO	ae Transp	oorte y otr	os Servici	os Público	OS.
Tino	de Autorización:					nero de Au	ıtorizaci	án:			
Про	de Autorización:				Nur	nero de Al	acorizacio	Jil.			

9. INFORMACIÓN	DEL REPRESENTANTE AU	UTORIZADO				
Nombre del Representante Autorizado:	lApellido	Paterno	Apellido Materno	Noi	mbre	 Inicial
Número de Seguro Social:		-		-		
Fecha de Nacimiento:	Día:		Mes:		Año:	
Dirección Residencial:	ll Ciudad		Estado		Zona Pos	 stal
Dirección Postal:	LCiudad		Estado		Zona Pos	l stal
Teléfono Residencial:	(Celular: ()	
Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir:	Categ	oría:	Ext.:	/encimiento:	/	/
Correo Electrónico:	Julia	orial	i ecila de v	encimiento.	Día Me	es Año
Especifique si ostenta o h	a ostentado alguna autoriz	ación conferida p	oor Negociado de	Transporte y	otros Servicios	Públicos.
Tipo de Autorización:		□ SÍ	□ NO Número de A	ıtorizəción:		
	DE LA JUNEA DE DIDECE	:ODEC	Numero de Al	itorizacion:		
	DE LA JUNTA DE DIRECT	ORES				
POSICIÓN	NOMBRE		APELLIDO PAT	ERNO	APELLII	DO MATERNO
Presidente						
Vicepresidente						
Tesorero						
Secretario 11. INFORMACIÓN	DEL PRESIDENTE					
	DEL PRESIDENTE					
Nambra dal						1
Nombre del Presidente:	lApellido	Paterno	Apellido Materno	Noi	mbre	I Inicial
	Apellido	Paterno -	Apellido Materno	Noi	mbre	Inicial
Presidente: Número de Seguro	Apellido Día	-	Apellido Materno Mes	-		Inicial
Presidente: Número de Seguro Social:		-		-		
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	Día	-	Mes	-	Año Zona Pos	stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	Día	-	Mes	-	Año	stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	Día		MesEstado	- Celular:	Año Zona Pos	stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina:	Día		Estado Estado	Celular:	Año Zona Pos	stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir:	Día		Estado Estado	- Celular:	Año Zona Pos	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico:	Día	oría:	Estado Estado Estado Fecha de V	Celular:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico:	Día	oría:	Estado Estado Estado Fecha de V	Celular: /encimiento:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	Día	oría:	Estado Estado Estado Fecha de V cor Negociado de NO	Celular: /encimiento:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	Día	oría:	Estado Estado Estado Fecha de V oor Negociado de NO Número de Au	Celular: /encimiento: Transporte y	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 12. INFORMACIÓN Nombre del	Día	oría:	Estado Estado Estado Fecha de V cor Negociado de NO	Celular: /encimiento: Transporte y	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 12. INFORMACIÓN Nombre del Vicepresidente: Número de Seguro	Día	ación conferida por sí	Estado Estado Estado Fecha de V oor Negociado de NO Número de Au	Celular: /encimiento: Transporte y	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	stal stal Inicial
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 12. INFORMACIÓN Nombre del Vicepresidente: Número de Seguro Social:	Día	ación conferida por sí	Estado Estado Ext.: Fecha de V oor Negociado de □ NO Número de Au Apellido Materno	Celular: /encimiento: Transporte y	Zona Pos Zona Pos Zona Pos Otros Servicios	stal stal
Presidente: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 12. INFORMACIÓN Nombre del Vicepresidente: Número de Seguro Social:	Día	ación conferida por sí	Estado Estado Ext.: Fecha de V oor Negociado de □ NO Número de Au Apellido Materno	Celular: /encimiento: Transporte y	Zona Pos Zona Pos Zona Pos Otros Servicios	stal stal stal Inicial

	1						1
							<u> </u>
Dirección Postal:							
	Ciudad			Estado		Zona Pos	tal
Teléfono Residencial:	()				Celular ()	
Teléfono de la Oficina:	()			_ Ext.:			
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha d	de Vencimiento:	/	/Año
Especifique si ostenta o h	ıa ostentado alguna	a autorización	conferida	por Negociado	de Transporte y		
			sí	□ NO			
Tipo de Autorización:				Número d	e Autorización:		
13. INFORMACIÓN	DEL TESORERO						
Nombre del Tesorero:	I						
Número de Seguro	· · · · · ·	Apellido Pater	no	Apellido Mate	erno Nor	nbre	Inicial
Social:			-		-		
Fecha de Nacimiento:	Día: _			Mes:		Año:	
	<u> </u>						
Dirección Residencial:							l
	Ciudad			Estado		Zona Pos	l tal
	1						
							I
Dirección Postal:							
	Ciudad			Estado		Zona Pos	tal
Teléfono Residencial:	()				Celular: ()	
Teléfono de la Oficina:	()			_ Ext.:			
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha d	de Vencimiento:	Día Mes	/ s Año
Correo Electrónico:		•		•			
Especifique si ostenta o h	ia ostentado alguna	a autorización	conferida	por Negociado	de Transporte y	otros Servicios	Públicos.
			sí	□ NO			
Tipo de Autorización:				Número de	e Autorización:		
14. INFORMACIÓN	DEL SECRETARIC			Número de	e Autorización:		
14. INFORMACIÓN Nombre del	DEL SECRETARIO						
14. INFORMACIÓN	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Número de	erno Nor	nbre	Inicial
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater	no -	Apellido Mate			
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro	DEL SECRETARIO	Apellido Pater			erno Nor		Inicial
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor		
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor		
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor		
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor	Año:	
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor	Año:	
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento:	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor	Año:	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal:	DEL SECRETARIO	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor	Año:	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial:	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor	Año:	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal:	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater		Apellido Mate	erno Nor	Año:	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial:	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater		Apellido Mate Mes Estado Estado	erno Nor	Año:	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina:	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater		Apellido Mate Mes Estado Estado	Celular:	Zona Pos Zona Pos —	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir:	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado Ext.: Fecha o	Celular:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	DEL SECRETARIO	Apellido Pater	-	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: de Vencimiento:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	DEL SECRETARIO	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: de Vencimiento:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: de Vencimiento:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	DEL SECRETARIO Día:	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: de Vencimiento:	Zona Pos Zona Pos ———————————————————————————————————	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 15. DIRECCIÓN FÍS	DEL SECRETARIO	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: Celular:	Zona Pos Zona Pos Zona Pos Otros Servicios	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Dirección Postal: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h	DEL SECRETARIO	Apellido Pater	conferida	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: de Vencimiento:	Zona Pos Zona Pos Zona Pos Otros Servicios	tal
Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 15. DIRECCIÓN FÍS	DEL SECRETARIO	Apellido Pater Categoría:	conferida sí	Apellido Mate Mes Estado Estado por Negociado NO	Celular: Celular:	Zona Pos Zona Pos Zona Pos Otros Servicios	tal
14. INFORMACIÓN Nombre del Secretario: Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Dirección Residencial: Teléfono Residencial: Teléfono de la Oficina: Licencia de Conducir: Correo Electrónico: Especifique si ostenta o h Tipo de Autorización: 15. DIRECCIÓN FÍS	DEL SECRETARIO	Apellido Pater Categoría: a autorización Esta	conferida SÍ	Estado Estado Fecha o Número do	Celular: Celular:	Zona Pos Zona Pos Zona Pos Otros Servicios	tal

17.	INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL								
¿El pet	icionario o algún miembro de la Junta almente empleado del gobierno?		sí		NO	□ ES1	Γ ATAL [□ MUNICII	PAL
	respuesta es afirmativa indique el e de la entidad gubernamental.								
	PREGUNTAS				Número d	le Autorización	Fec Día	ha de Exped Mes	dición Año
ha cand autoriz	icionario o algún miembro de la Junta celado anteriormente alguna ación con el Negociado de Transporte Servicios Públicos (NTSP)?	□ SÍ	□ NO)					
posee a Negoci	icionario o algún miembro de la Junta actualmente una autorización con el ado de Transporte y otros Servicios os (NTSP)?	□ SÍ	□ NO	o					
REQUI	SITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD	сомо со	RPOR	ACIÓ	N Y COMPA	ÑÍA DE RESPONS	SABILIDAD	LIMITADA	
Favor	de indicar con una marca de cotejo los	document	tos pre	sent	ados para ra	dicar la solicitud.			√
1.	Certificación pericial sobre la segurid Deberá incluir un informe que conten	ad de la F	Red Dig	gital	y los método	s de pago que se		utilizar.	
2.	Certificar que cuenta con un Agente incumplimiento con alguna disposició	Residente	en Pu	erto	Rico para es	cuchar y recibir c	ualquier no	tificación de	•
3.	Certificar que mantiene una Póliza de						dos en la Se	ección 7.19.	
	a. Cubierta primaria de responsa	bilidad pú	blica d	e aut	omóvil con lí	mites de por lo me	enos cincuer	nta mil dólare	es
	(\$50,000.00) por muerte y le	siones cor	porales	por	persona.				
	b. Cubierta primaria de responsa	bilidad pú	blica d	e aut	omóvil con lí	mites de por lo me	enos cien mi	l dólares	
	(\$100,000.00) por muerte y le	siones co	rporale	es poi	r accidente.				
	c. Cubierta primaria de responsa	bilidad pú	blica d	e aut	omóvil con lí	mites de por lo me	enos veintici	nco mil	
	dólares (\$25,000.00) por dañ	·							
	Certificar que mantiene una Póliza de					metros establecia	dos en la Se	occión 720	
	Los siguientes requisitos de póliza de s	_	-	-	-				
		eguro de a	automo	ovii a	eberan apiica	ir cuando un Cond	uctor ERT e	ste prestand	0
	los servicios ERT:				, 11 17		•11	, , , , , ,	
	a. Cubierta primaria de responsa	·				·		on de dolares	5
	(\$1, 000,000.00) por muerte								
4.	Certificar que requiere que todo vehí cumpla con los requisitos de la Ley d para estar autorizado a transitar por	e Vehículo	os y Tr	ansit					
5.	Certificar que ha adoptado una políti requerido en el Artículo II del Subcap	ca de cerd	tolera	ancia			ilícitas y al	cohol, segúi	n
6.	Certificar que ha adoptado una políti	ca anti dis	scrime	n, seg	gún requerid	o en el Subcapítu			
7.	Certificar que la aplicación móvil de t modelo del auto que conduce y el nú antes de que éste aborde el vehículo.	mero de t							
8.	Certificación que evidencie que ha ac hacer valer todas las disposiciones pi						én disponibl	les para	
9.	Recibo de Pago del Arancel								
	(Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Cré								
	 Solicitud nueva (Cuota de Re Permiso Provisional 	gistro An	iuai)		00.00 0.00				
	1			•		,			l
		CEF	RTI	FIC	CACIÓ	N			
	SOLICITUD D			ر دار	או הא הא	CODDODACI	ÓN O		
						LIMITADA (L			
						•	-		
EMPRESAS DE RED DE TRANSPORTE (E.R.T.)									
Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presen									la presente
solicitu	d. En, Puerto Ri	co. hov		de		de			
20.10164	, r dereo (tr	-, -,	·				·		
				_					_
						Nombre en Letra (Funcionario Al		I	
						i uncionano At	4.011ZUUU		
				_		Puesto que	001103		_
						ruesio que	осира		
				_	Fi	rma del Funciona	io Autorizac		_
	Sello del Negociado de Transporte					a abi i ancional			





SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

CATEGORÍAS I-II

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, 17 de diciembre de 2003
 R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, 5 de abril de 2018

1.	FECHA DE LA SOLICITUD								2.	NÚME	RO DI	E LA SOL	ICITUD					
	Día:	Mes:_		- · · · · · · ·			_ Año	:										
3.	INFORMACIÓN	DEL PE	гісіоі	NARIO)													
	Nombre del Peticionario:																	
	Número de Seguro Social:						-					-						
		l																
Direco	ión Residencial:																	
		'	Ciud	dad					Esta	do					Zona Po	stal		1
		I																
	Dirección Postal:	ļ																
			Ciud	dad					Esta	do					Zona Po	stal		
Teléf	ono Residencial:	/_	_/_	/	/	/_	/	/_	/_	/_	/							
7	eléfono Celular:	/_	_/_	_/	_/	/_	/	_/_	_/_	_/_	/							
Teléfo	no de la Oficina:	/_	_/_	_/	_/	/_	/	_/_	_/_	_/_	/	Ext.: _						
Núme	ro de Facsímile:	/_	_/_	/	/	/_	/	/_	/_	/_	/							
Cor	reo Electrónico:																	
	Página Web:																	
Licen	cia de Conducir:					Categ	oría:				١		cha de niento:	— Día	_/ n Me	/ es	Ai	ño
4.	NOMBRE COM	ERCIAL																
5.	CERTIFICADO	DE PERM	11SO E	E USC)													
	Expedido por l	a Oficina	de G	erencia	de P	ermis	os o P	ermis	os Mu	nicipa	les							
	Número de Ce	rtificado .									'	Fecha	de Vige	encia: ˌ	Día	Mes	_/	
6.	PÓLIZA DE RE	SPONSA	BILID	AD PÚ	BLICA	١												
	Número de Pó	liza:										Fecha	de Vig	encia:	/	Mes	_/	
7.	NÚMERO DE L	ICENCIA	DEL F	RADIO	СОМІ	JNICA	DOR S	EGÚI	N APA	RECE	EN	LA LIC	ENCIA	DEL F		1105	,	1110
	Número:																/	
															Día	Mes	A	Nño
8.	NÚMERO DE A																	
	Número:											Fecha	de Vig	encia:	Día	Mes		\ño
9.	DIRECCIÓN FÍ	SICA DEL	DESF	PACHO														
	<u> </u>																_	
		(Ciudac	H					Esta	do					Zona Pos	stal	I	

10.	INVENTARIO DI Favor de anejar adquirido previo	un inven	itario de	etallad	lo de lo	os vehícu	los qu	e inte				orizaci	ón solicit	tada,	de ha	berlos	5
	MarcaModelo)															
		o de Seri															
	 Número 	o de Tabl o de Regi del Permi	istro	'ehícul	o de M	lotor (Lic	encia))									
11.	DIRECCIÓN FÍS CUANDO NO ES							DON	DE SE	ALM	ACENARÁN	l LAS	UNIDAD	DES .	AUTOI	RIZAD	AS
12.	Ciudad INFORMACIÓN	RELACIO	DNADA	CON I		stado TIDAD					Zona Posta	al					
	¿Cuántos emple	eos direct						_									
17	INFORMACIÓN	DEL DED							Indired	tos _							
13.	INFORMACIÓN Nombre del	DEL REP	KESEN	IANIE	= AUT	JRIZADO	,										
	Representante Autorizado:			Apell	lido Pa	terno		Apelli	do Mate	erno	Non	nbre			Inic	ial	
Nú	mero de Seguro Social:					-				-							
Fecha	de Nacimiento:		Día	ı:				Mes:					Año: _				
		<u> </u>															_
Direco	ión Residencial:																_l _l
			Ciudad	d ———				Esta	do				Zona Po	stal			
																	_
С	Pirección Postal:																-' _
T.146	B til til	,	Ciudad					Esta	do ,				Zona Po	stal			
reiero	ono Residencial:	/_	/	_/	_/	/	/_	/_	/_	_/_							
	Celular:	/_	/	_/	_/	/	/_	/_	/_	/_							
Teléfo	no de la Oficina	/_	/	_/	_/	/	/_	/_	/_	_/_	Ext.:		/				
Núme	ro de Facsímile:	/_	/	_/	_/		/_	/_	/	_/	Fecha de						
Licen	cia de Conducir:					Categor	·ía:			Ver	ncimiento:		_/ ía N	1es	/_	Año	
Cor	reo Electrónico:																
14.	REQUISITOS	de te d								- 1 - 1	Co.h.	۲ III	DV V		,		
servicio	ina de Despacho 24 horas al día.	. Las ofi	cinas d	e desp	pacho	deberán	conta	r con	mapas	s del a	área que le	corre	sponde s	servii	r e infe	ormac	ión
o Paran	sobre los servicio nédico debidame	nte licen	ciado.														
	as ambulancias a i alguna de ellas e												[,] Núm. 22	25, de	23 de	junio	de
Favor c	le indicar con una					-			ara rac	dicar la	a solicitud.					1	
1.	Copia de la Lice Expedie	e <mark>ncia de d</mark> da por el l							as Públ	icas (<i>DTOP</i>).						
2.	Copia del Certif Deberá					-				a póliz	za y límites c	de la c	ubierta.				
_	Copia de la Lice Present								-		ma de Radi o-teléfono b						
3.	ambula	ncia y la d	oficina d	le desp	oacho.						cio. Deberá						
4.	Copia de cada u																
5.	Copia de las Lic	encias de	e Opera	dor ex	(pedid	as por el	Nego	ciado	de Tra	nspor	tación y Se	rvicio	s Público	s (N	ΓSP).		
6.	Copia de la "Ho		oección	" de ca	ada un	idad exp	edida	por e	l Nego	ciado	de Transpo	rtacić	n y Servi	cios			
7.	Públicos (NTSP) Copia de la "Ho (Se presentará	ja del Pad					nodisi -	2014-	ما ام	nimo-	uto)						
	Coe bieseliraia	una vez, e	a 111 0 1103	- yue (Journa	aiguila II	Julia	Juciol	. u. uoc	Juinell						il .	

15	SECCIÓN DE ES	TADÍST	ICAS		
	Indicaciones:	Desde	el número de casos atendidos du el 1 de enero de h dos para cada uno de los turnos.		en cada uno de los renglones
	TIPO DE CASO		TURNO 1 hasta	TURNO 2 hasta	TURNO 3 hasta
1.	Emergencias				
2.	Servicios Ambulat	corios			
3.	Diálisis				
4.	Administración Compensaciones Accidentes de Automóviles (ACAA)	por			
5.	Corporación del F de Seguro de Est (CFSE)				
6.	Emergencias Psiquiátricas				
7.	Personas de Ed Avanzada	ad			
8.	Personas con Discapacidade				
9.	Emergencias Pediátricas				
10.	Traslados				
11.	"Charities"				
12.	Citas Médicas	5			
13.	Muertes				
14.	Otros (Expliqu	e)			
Nota			PARA INDICAR LOS DATOS REL JAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓ		DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES PARA LA CERTIFICACIÓN (CATEGORÍAS I-II)

El Reglamento Núm.6737, conocido como "Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico", Sec. 7.08 (c), establece que todo peticionario y/o concesionario deberá entregar un "Manual de Normas y Procedimientos Operacionales".

Este manual deberá incluir los siguientes:

- a) Nombre del peticionario (según está solicitando que sea autorizado en el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos:
- b) Misión de la Organización;
- c) Descripción de la Organización: organigrama y funciones del personal
- d) Plan de contingencia ante cualquier desastre;
- e) Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas;
- f) Procedimiento a seguir para el manejo de enfermos mentales, menores de edad, víctimas de violación o maltrato.
- g) Procedimiento para el control de medicamentos (Categorías III, IV y V);
- h) Metodología a seguir para evaluar el servicio y tratamiento ofrecido al paciente;
- i) Plan de Control de Exposición a patógenos en sangre;
- j) Protocolo de Tratamiento Médico deberá ser desarrollado por el Director Médico del servicio de ambulancias (Categorías III, IV y V) y señalar los parámetros siguientes:
 - Proveer el tratamiento indicado para los pacientes adultos y pediátricos, y
 - Establecer el tratamiento a prestar de acuerdo con la condición de paciente.
- k) Copia de la "Hoja de Pacientes" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.

En el caso de unidades de las Categorías II, III, IV, y V la hoja deberá incluir los siguientes:

- 1) Dirección exacta del lugar del incidente,
- 2) Fecha del incidente,
- 3) Hora del incidente,
- 4) Hora de salida hacia el incidente.
- 5) Hora de llegada a la escena del incidente,
- 6) Hora de salida de la escena del incidente,
- 7) Hora de llegada a las facilidades médicas,
- 8) Hora de terminado el caso (de nuevo en servicio),
- 9) Número de incidente,
- 10) Número de Seguro Social del paciente,
- 11) Número de unidad que responde,
- 12) Número de identificación del personal que responde,
- 13) Nombre del paciente,
- 14) Dirección del paciente,
- 15) Fecha de nacimiento del paciente,
- 16) Edad del paciente,
- 17) Sexo del paciente,
- 18) Facilidad hacia donde se transportó el paciente,
- 19) Queja principal,
- 20) Impresión diagnóstica,
- 21) Signos vitales del paciente,
- 22) Historial médico pasado del paciente,
- 23) Medicamentos que utiliza el paciente,
- 24) Alergias del paciente,
- 25) Signos y síntomas hallados durante la evaluación,
- 26) "Glasgow Coma Scale",
- 27) "Revised Trauma Score",
- 28) Tratamientos o procedimientos suministrados,
- 29) Medicamentos administrados (hora y ruta de administración),
- 30) Seguro médico del paciente,
- 31) Condición del paciente al llegar al destino final.

Nota: Toda "Hoja de Paciente" debe proveer un original y una copia. La hoja original será guardada por la compañía o servicio por un término no menor de cinco (5) años. En casos donde el paciente sea menor de edad, la compañía deberá guardar el original de la "Hoja de Paciente" hasta que el paciente sobrepase por un año la mayoría de edad, o sea, veintiún años. La compañía o servicio hará disponible copia de cualquier "Hoja de Paciente" si así lo requiera el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA PERSONA NATURAL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO CATEGORÍAS I-II

Yo,			
Además, estoy suministrando la información		rofesionales y/o cursos de los *	
fecha de este documento componen el grupo	o de empleados contratado	os para ofrecer servicio en las ambulano	cias antes mencionadas.
CERTIFICO que la información ofrecida e acompañan, es la correcta. Entiendo que el			
Firma del Peticionario o Concesionar	rio	Día/Mes/Año	<u> </u>
*Total de empleados Indicados en Anejo B	::		
AFIDÁVIT NÚM.:			
Juramentada y suscrita ante mí por y de profesión			
Puerto Rico, a quien doy fe de haber identific			
hoydede		Notario Público	





SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC)

SERVICIO DE AMBULANCIAS CATEGORÍAS I Y II

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, 17 de diciembre de 2018 R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, 5 de abril de 2018

1.	FECHA DE LA	SOLICITUI)					2.	NÚME	RO DI	E LA SOL	ICITUD	
	Día:	Mes:			Año:_								
3.	TIPO DE PERS	ONA JURÍI	DICA					4.	TIPO D	DE EN	TIDAD		
		ORACIÓN								PRI	VADA		
			ESPONS <i>A</i>	BILIDAD	LIMITADA	(LLC)					TATAL		
										MUI	NICIPAL		
5.	INFORMACIÓN	DE LA EN	ITIDAD										
Nombr	e de la Entidad:												
	Seguro Social Patronal:				-			-					
				•	•	•	•	•	•			•	1
[Dirección Física:	1											
		Ciudad Estado									Zona Pos	stal	
											201101 0		
		1											
	Dirección Postal:												
			Ciudad			Esta	ado				Zona Pos	stal	
Teléfor	no de la Oficina:	/	/ /-	/		/ /		/ Fyt:			/		
Núme	ro de Facsímile:				//								
		/		/		//_	/						
Cor	reo Electrónico:												
	Página Web:												
6.	NOMBRE COM	ERCIAL											
7.	CERTIFICADO Expedido por l				nisos o Do	rmicos Mu	nicipalos						
											,	,	
	Número de Cei	тігісадо _						Fecna	de vige	ncia: .	Día	Mes	Año
8.	NÚMERO DE P	ÓLIZA DE	RESPONS	SABILIDAI	D PÚBLICA	4							
								_					
	Número:		. ,					Fecha	de Vige	ncia:	/ Día	Mes	Año
9.	NÚMERO DE L	CENCIA D	EL RADIO	COMUNI	CADOR SE	EGÚN APA	ARECE EN	N LA LIC	CENCIA	DEL F	-CC		
	Niómonuo							Facha	da Was		,	,	
	Número:							recna	de vige	ncia:	Día Día	Mes	Año
10.	NÚMERO DE A	UTORIZA	CIÓN (TCA	AMB)									
	Número:							Fecha	de Viae	ncia:	/	/	
											Día	Mes	Año
11.	DIRECCIÓN FÍS	TCA DEL I	DESPACH	0									
	<u> </u>												
	<u>, </u>	Ci	udad			Esta	do				Zona Pos	tal	

12.	NúmeroNúmero	inventar o a la fec	io detall ha de la e o VIN lilla istro	ado de lo solicitud	os veh , indic	ículos c ando p	que inter ara cada	esa oper				solicitada	a, de hab	erlos	
13.	DIRECCIÓN FÍS CUANDO NO ES							SE ALMA	ACEN.	ARÁN L	AS UNID	ADES AUT	ΓORIZAD	AS	
	<u></u>														_
															_l _l
14.	Ciudad INFORMACIÓN	RELACIO	DNADA (CON LA I	Esta ENTID					Zona P	ostal				
	¿Cuántos emple						dad?								
			□ Dir	ectos				Indirec	tos _						
15.	INFORMACIÓN Nombre del	DEL REP	PRESENT	ANTE A	UTORI	ZADO									
	Representante														
	Autorizado:	'		Apellido	Pateri	no	Ape	lido Mate	rno		Nombre		In	icial	'
Nú	mero de Seguro Social:					-				-					
Fecha	de Nacimiento:		Día	I :			Me	s:				Año:			
		I													
Direce	ión Residencial:	I													
Direct	ion Residencial.	I	Ciudad				Fs	tado				Zona Pos	tal		
		,	Ciddad									20110 1 03			
	Pirección Postal:														
			Ciudad				Es	tado				Zona Pos	tal		
Teléfo	ono Residencial:	/	/	/- /		/-	/	/ /	/						
Т	eléfono Celular:	/		/- /											
Teléfoi	no de la Oficina:		/	//_			/			Ext.:					
Núme	ro de Facsímile:	/_	/	//_	/_	/	/								
Licen	cia de Conducir:			Categ	oría:			Fecha c	le Vei	ncimient	to: Día	/ a Me	/_	Año	
Cor	reo Electrónico:														
16.	REQUISITOS:														
10.	REGUISITUS.														
sistema le corre	ina de Despacho <i>"On Call"</i> que le esponde servir e o de Emergencias	permita o informac	comunic ción escr	arse las 2 ita sobre	24 hora e los s	as del d ervicio:	lía. Las c s que pr	ficinas de esta. La	e des _l	pacho d	leberán c	ontar con	mapas d	el área	que
	as ambulancias a alguna de ellas e		-	•					•		-	-	-	de juni	io de
	Favor de inc		-												
1.	Copia de la Lice	encia de d da por el l						ras Públi	cas (DTOP)					
2.	Resolución Corp										entidad.			1	
3.	Copia del Certif Deberá			_		-			a póliz	za y límit	tes de la c	ubierta.			
4.		ar eviden	ncia del s	istema de	comu			•				unicacion ccional ent			
-+ .		ncia y la c ar la certi				a compa	añía que	brinda el	servic	cio. Deb	erá indica	ır la vigenc	ia.		_
5.	Copia de cada u	ına de las	s Licenc	ias de Té	cnico	de Eme	ergencia	Médicas	(Bás	ico o Pa	aramédic	0).			
6.	Copia de las Lic (NTSP)	encias de	e Opera	dor expe	didas	por el N	Negociac	lo de Tra	nspor	rte y otr	os Servic	ios Públic	os		
7.	Copia de la " <i>Ho</i>	•													
8.	Copia de la " <i>Hoja del Paciente</i> " que se utilizará. (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento.)														

17	SECCIÓN DE ES	TADÍSTIC	AS		
	Indicaciones:	Desde el		durante el último año natural: el 31 de diciembre de :.	en cada uno de los renglones
	TIPO DE CASO		TURNO 1 hasta	TURNO 2 hasta	TURNO 3 hasta
1.	Emergencias	;			
2.	. Servicios Ambulatorios				
3.	Diálisis				
4.	Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA)				
5.	Corporación del F de Seguro de Est (CFSE)	ondo tado			
6.	Emergencias Psiquiátricas				
7.	Personas de Ed Avanzada	lad			
8.	Personas con Discapacidade	-			
9.	Emergencias Pediátricas	;			
10.	Traslados				
11.	"Charities"				
12.	Citas Médicas	5			
13.	Muertes				
14.	Otros (Expliqu	e)			
Nota:			ARA INDICAR LOS DATOS RE SP POR LA CUAL SOLICITA I	LACIONADOS CON CADA UNA LA CERTIFICACIÓN	A DE LAS UNIDADES

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES PARA LA CERTIFICACIÓN DE CATEGORÍAS I Y II

El Reglamento Núm.6737, conocido como "Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico", Sec. 7.08 (c), establece que todo peticionario y/o concesionario deberá entregar un "Manual de Normas y Procedimientos Operacionales".

Este manual deberá incluir los siguientes:

- a) Nombre del Peticionario (según está solicitando que sea autorizado en el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP);
- b) Misión de la Organización;
- c) Descripción de la Organización: organigrama y funciones del personal
- d) Plan de contingencia ante cualquier desastre;
- e) Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas;
- f) Procedimiento a seguir para el manejo de enfermos mentales, menores de edad, víctimas de violación o maltrato.
- g) Procedimiento para el control de medicamentos (Categorías III, IV y V);
- h) Metodología a seguir para evaluar el servicio y tratamiento ofrecido al paciente;
- i) Plan de Control de Exposición a patógenos en sangre;
- j) Protocolo de Tratamiento Médico deberá señalar los parámetros siguientes:
 - Proveer el tratamiento indicado para los pacientes adultos y pediátricos,
 - Establecer el tratamiento a prestar de acuerdo con la condición de paciente,
- Desarrollado por el Director Médico del servicio de ambulancias (Categorías III, IV y V).
 k) Copia de la "Hoja de Paciente" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.
 - En el caso de unidades de las Categorías I la hoja deberá incluir los siguientes:
 - 1) Número de incidente,
 - 2) Nombre del paciente,
 - 3) Dirección del paciente.
 - 4) Seguro médico del paciente,
 - 5) Dirección exacta del lugar donde se recogió el paciente,
 - 6) Fecha y hora del recogido del paciente,
 - 7) Hora de salida hacia el destino final,
 - 8) Número de unidad que responde,
 - 9) Número de identificación del personal que responde u operador,
 - 10) Comentarios.
- l) Copia de la "Hoja de Pacientes" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.

En el caso de unidades de las Categorías II, III, IV, y V la hoja deberá incluir los siguientes:

- 1) Dirección exacta del lugar del incidente,
- 2) Fecha del incidente,
- 3) Hora del incidente,
- 4) Hora de salida hacia el incidente,
- 5) Hora de llegada a la escena del incidente,
- 6) Hora de salida de la escena del incidente,
- 7) Hora de llegada a las facilidades médicas,
- 8) Hora de terminado el caso (de nuevo en servicio),
- 9) Número de incidente,
- 10) Número de Seguro Social del paciente,
- 11) Número de unidad que responde,
- 12) Número de identificación del personal que responde,
- 13) Nombre del paciente,
- 14) Dirección del paciente,
- 15) Fecha de nacimiento del paciente,
- 16) Edad del paciente,
- 17) Sexo del paciente,
- 18) Facilidad hacia donde se transportó el paciente,
- 19) Queja principal,
- 20) Impresión diagnóstica,
- 21) Signos vitales del paciente,
- 22) Historial médico pasado del paciente,
- 23) Medicamentos que utiliza el paciente,
- 24) Alergias del paciente,
- 25) Signos y síntomas hallados durante la evaluación,
- 26) "Glasgow Coma Scale",
- 27) "Revised Trauma Score",
- 28) Tratamientos o procedimientos suministrados,
- 29) Medicamentos administrados (hora y ruta de administración),
- 30) Seguro médico del paciente,
- 31) Condición del paciente al llegar al destino final.

Nota: Toda "*Hoja de Paciente*" debe proveer un original y una copia. La hoja original será guardada por la compañía o servicio por un término no menor de cinco (5) años. En casos donde el paciente sea menor de edad, la compañía deberá guardar el original de la "*Hoja de Paciente*" hasta que el paciente sobrepase por un (1) año la mayoría de edad, o sea, veintiún (21) años. La copia deberá ser entregada a la facilidad médica que reciba al paciente. La compañía o servicio hará disponible copia de cualquier "*Hoja de Paciente*" si así los requiera el **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)**.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN CORPORACIÓN O COMPAÑÍAS DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC) SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO CATEGORÍAS I-II

Yo,	, esto	oy suministrando información para las a	ambulancias con tablillas:
	do la información relacionada a licencias pro		
fecha de este documento co	omponen el grupo de empleados contratados	s para ofrecer servicio en las ambulanc	ias antes mencionadas.
CERTIFICO Que la inform	ación ofrecida en esta solicitud, así com	o la información que se incluye en	los documentos que se
acompañan es la correcta.	Entiendo que el suministrar información fals	sa conllevará entre otras cosas el que n	o se considere la solicitud.
Firma del Peticionario	o o Concesionario	Día/Mes/Año	,
*Total de empleados Indica	ados en Anejo B:		
AFIDÁVIT NÚM.:			
	ante mí porde profesión		
Puerto Rico, a quien doy fe c	le haber identificado mediante	En	, Puerto Rico,
hoy de	de		
		Notario Público	





SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO CATEGORÍA III

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, 17 de diciembre de 2003 R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, 5 de abril de 2018

1.	FECHA DE LA			<u> </u>	9							2	<u> </u>		DE LA S	OLICIT	ΓUD		
	Día:	Mes:_					_ Año):											
3.	INFORMACIÓN	DEL PE	TICION	NARIO															
	Nombre del Peticionario:																		
	Número de Seguro Social:						-						-						
	Seguro Social.	<u> </u>																	
Direcció	ón Residencial:	i																	_' _
		I	Ciuc	lad					Esta	do					Zona	Postal			_
																			_
Dii	rección Postal:	i																	_' _
			Ciuc	lad					Esta	do					Zona	Postal			
Teléfor	no Residencial:	/_	_/_	_/	_/_	/_	/	/_	/_	/_	/								
Те	léfono Celular:	/_	_/_	_/	_/_	/_	/	/_	/_	/_	/								
Teléfond	o de la Oficina:	/_	_/_	_/	_/_	/_	/	/_	/_	/_	/	Ext.:			/				
Número	o de Facsímile:	/_	_/_	_/	_/_	/_	/	/_	/_	/_	/								
Corre	eo Electrónico:																		
	Página Web:																		
Licenci	a de Conducir:					Categ	oría:						Fecha cimier		/ Día	Mes	/.	Añ	10
4.	NOMBRE COMI	ERCIAL																	
5.	CERTIFICADO	DE DEDM	IISO D	E LISC															
	Expedido por la					Permis	os o P	ermis	os Mu	nicipa	ales								
	Número de Cer											Fech	a de V	'iaenc	ia: /		,	,	
	PÓLIZA DE RE														Día	M	es	Añ	0
	Número de Pól											Each	a da \	/igenc	ia: /			/	
	Numero de Poi	ıza										reci	ia ue v	rigeric	Día	M		Añ	0
7.	NÚMERO DE LI	CENCIA	DEL R	ADIO	сомі	JNICA	DOR S	SEGÚI	N APA	RECE	E EN	LA L	ICENC	CIA DE	L FCC				
	Número:											Fech	a de V	igenc/	ia:/_ Día	M	/	/Añ	
0	NIÍMEDO DE A	LITODIZA	v ción	(TCA	MD										Dia	IMI	es	AII	0
	NÚMERO DE A Expedida por la					blico													
	Número:											Fech	a de V	igenc/	ia:/_			/	
9.	DIRECCIÓN FÍS	ICA DEL	DESP	ACHC)										Día	M	es 	Añ	0
]	
	l	(Ciudad						Esta	do					Zona	Postal		J	

10.	INVENTARIO DE	ETALLADO DE LAS UNIDA	ADES AUTORIZAD	AS		
				e interesa operar bajo la auto	orización solicitada, de ha	berlos
	adquirido previo	o a la fecha de la solicitud,	, indicando para c	ada vehículo lo siguiente:		
	Modelo)				
	• Año	a da Carda a MINI				
		o de Serie o VIN o de Tablilla				
		o de Registro				
		del Permiso de Vehículo de	•		LAC UNIDADES AUTO	
11.		STÉN OPERANDO O FUER		DONDE SE ALMACENARÁN	LAS UNIDADES AUTOI	RIZADAS
						'
	Ciudad		Estado	Zona Posta	I	'
12.		RELACIONADA CON LA E				
	¿Cuántos emple	eos directos o indirectos g	enera la entidad?			
		☐ Directos	<u> </u>	☐ Indirectos		
13.		DEL REPRESENTANTE AL	JTORIZADO			
	Nombre del Representante					1
	Autorizado:	Apellido	Paterno A	Apellido Materno Non	nbre Inic	ial
Núi	mero de Seguro Social:		-	-		
Fecha	de Nacimiento:	Día:		Mes:	Año:	
Direce	ión Residencial:	<u> </u>				
Direcc	ion Residencial.	<u> </u>				
		Ciudad		Estado	Zona Postal	
						I
С	Dirección Postal:	<u> </u>				
		Ciudad		Estado	Zona Postal	
Teléfo	ono Residencial:	/ / /- /	/ /- /	/ / /		
	Celular:	///-	///_			
Teléfo	no de la Oficina			// Ext.:	/	
Núme	ro de Facsímile:		///			
	ro de Facsímile:		Categoría:	Fecha de Vencimiento:	/	Λῆο
Licen	cia de Conducir:	///-	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	//	Año
Licend	cia de Conducir: reo Electrónico:	///-	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	//	Año
Liceno Cor 14.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS					
Cor 14. La Ofic servicio	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día.	de todo concesionario q Las oficinas de despach	que opere ambula no deberán contai	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e info	estar en ormación
Cor 14. La Ofic servicio escrita	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio	de todo concesionario q Las oficinas de despach s que presta. La persona o	que opere ambula no deberán contai	ncias dentro de las Categor	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e info	estar en ormación
Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame	de todo concesionario q Las oficinas de despach os que presta. La persona o nte licenciado.	que opere ambula no deberán conta que funja como de	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnic	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e info co de Emergencias Médica	estar en ormación as Básico
Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al	de todo concesionario q Las oficinas de despach es que presta. La persona e nte licenciado. utorizadas bajo la franquic	que opere ambula no deberán conta que funja como do cia TCAMB deberá	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infe co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de	estar en ormación as Básico
Licend Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al i alguna de ellas e	de todo concesionario q Las oficinas de despach es que presta. La persona e nte licenciado. utorizadas bajo la franquic está en incumplimiento, de	que opere ambula no deberán conta que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnio n estar en cumplimiento con	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infe co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de	estar en ormación as Básico
Licend Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una	de todo concesionario q Las oficinas de despach os que presta. La persona o nte licenciado. utorizadas bajo la franquic está en incumplimiento, de a marca de cotejo los docu	que opere ambula no deberán conta que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presenta d'ehículos de Motor	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnio n estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud.	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infe co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1.	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice Expedic	de todo concesionario q Las oficinas de despach os que presta. La persona o nte licenciado. utorizadas bajo la franquio está en incumplimiento, de a marca de cotejo los docu encia de cada uno de los V da por el Departamento de	que opere ambula no deberán conta que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presenta fehículos de Motor e Transportación y	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnio n estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud.	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infe co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi	de todo concesionario q Las oficinas de despach os que presta. La persona o nte licenciado. utorizadas bajo la franquio está en incumplimiento, de a marca de cotejo los docu encia de cada uno de los V da por el Departamento de icado de Póliza de Seguro	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ex umentos presenta fehículos de Motor a Transportación y o de Responsabilio	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnio n estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud.	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e info co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certif • Deberá Copia de la Lice	de todo concesionario q Las oficinas de despach es que presta. La persona e inte licenciado. utorizadas bajo la franquic está en incumplimiento, de marca de cotejo los docu encia de cada uno de los V da por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unid encia de la Comisión Feder	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ex umentos presentar dehículos de Motor o Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, val de Comunicaci	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Iad Pública. Vigencia de la póliza y límites con es para el Sistema de Radi	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e info co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofice servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor de 1.	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present	de todo concesionario q Las oficinas de despach es que presta. La persona en inte licenciado. utorizadas bajo la franquic está en incumplimiento, de a marca de cotejo los docu encia de cada uno de los V da por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unid encia de la Comisión Feder ar evidencia del sistema de	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ex umentos presentar enículos de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, veral de Comunicaciones o	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnio n estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (<i>DTOP</i>). lad Pública. //gencia de la póliza y límites o	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e info co de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofice servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor de 1.	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al a alguna de ellas e le indicar con una Copia de la Lice	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona onte licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de marca de cotejo los documentos de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de nocia y la oficina de despach	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ex umentos presentar enículos de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, veral de Comunicaciones comunicaciones como	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Iad Pública. Vigencia de la póliza y límites con es para el Sistema de Radi	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofice servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor de 1.	reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambulai • Present	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona onte licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de marca de cotejo los documentos de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de nocia y la oficina de despach	que opere ambula no deberán conta que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar en fículos de Motor en Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, veral de Comunicaciones con con de la compañía de	ncias dentro de las Categor r con mapas del área que le espachador deberá ser Técnie n estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (<i>DTOP</i>). lad Pública. rigencia de la póliza y límites do ones para el Sistema de Radi onsistente de radio-teléfono b	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de la marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de licado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opura de Licencias de Licencias de Licencias de Licencias de Licencias de Licencias de Li	que opere ambula no deberán conta que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar e fículos de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, veral de Comunicaciones comunicacio	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Iad Pública. Vigencia de la póliza y límites con espara el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono be que brinda el servicio. Deberácias Médicas Paramédico.	ías III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquio está en incumplimiento, de la marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de licado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Oprivicios o evidencia del acueros de acuar de las Licencias de Oprivicios o evidencia de despachorica de las Licencias de Oprivicios o evidencia del acueros de contra de las Licencias de Oprivicios o evidencia del acueros de las Licencias de Oprivicios o evidencia del acueros de las Licencias de Oprivicios de las Licencias de Oprivicios de las Licencias de las Licenc	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar e funda de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, v ral de Comunicaci comunicaciones c no. al de la compañía c cnico de Emergen erador erdo formalizado	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnicon estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Iad Pública. Vigencia de la póliza y límites con espara el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono boue brinda el servicio. Deberá cias Médicas Paramédico.	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta, occomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de la marca de cotejo los docuencia de cada uno de los Verda por el Departamento de licado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia y la oficina de despachorar la certificación en originalma de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acuede Control que tendrá dispeticio de la cuerta de las cuenta de las cuenta de las cuenta de las Licencias de Opvicios o evidencia del acuede Control que tendrá dispetit Director Médico podrá fue	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar e funda de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, ral de Comunicaciones o comunicaciones o conico de Emergen erador erdo formalizado conible para el sei ungir como Médici	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Inda Pública. Vigencia de la póliza y límites do cones para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono boue brinda el servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. Lentre el solicitante y un Directoricio. (Categorías III, IV, y V) de de Control.	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. occomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia.	estar en ormación as Básico e junio de
Licend Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambulai • Present Copia de cada u Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos d • Nota: E Copia de los cer	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de la marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de licado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Feder la revidencia del sistema de las licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acuado de Control que tendrá dispetitificados y credenciales de referencia des control que tendrá dispetitificados y credenciales de referenciales de control que tendrá dispetitificados y credenciales de referencia des control que tendrá dispetitificados y credenciales de referencia de las de control que tendrá dispetitificados y credenciales de referencia de las control que tendrá dispetitificados y credenciales de las control que tendrá de las control que tendrá de las control que tendrá de las contro	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar en transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, v ral de Comunicaciones cono. al de la compañía o conico de Emergen erador erdo formalizado conible para el sei ungir como Médic el Médico de Conta	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnicon estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Inda Pública. Vigencia de la póliza y límites con es para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono bonsistente de radio-teléfono bonsistente de servicio. Deberá cias Médicas Paramédico.	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. occomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambular • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos de • Nota: E Copia de los cer a) Advance b) Pediatr	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de nacia y la oficina de despachorar la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá disperiencia del C	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar dehículos de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, v ral de Comunicaciones comunicaciones comunicaciones comunicaciones como conico de Emergen erador erador erado formalizado conible para el sei ungir como Médic el Médico de Con ACLS); e (PALS);	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Inda Pública. Vigencia de la póliza y límites do cones para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono boue brinda el servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. Lentre el solicitante y un Directoricio. (Categorías III, IV, y V) de de Control.	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. occomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia.	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambular • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos de e Nota: E Copia de los cer a) Advanc b) Pediatr c) Advance c	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquice está en incumplimiento, de marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de nacia y la oficina de despachorar la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá disputica de Control que tendrá disputica de Cardiac Life Support (certificados y credenciales de Cardiac Life Support (certificados y credenciales de Cardiac Life Support (certificados y Cardiac Life Support (certificados	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ex umentos presentar dehículos de Motor e Transportación y o de Responsabilio lades aseguradas, v ral de Comunicaciones comunicaciones comunicaciones comunicaciones como conico de Emergen erador e	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Independia de la póliza y límites do para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono boue brinda el servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. Dentre el solicitante y un Directorico. (Categorías III, IV, y V) de Control. Errol, deberá tener aprobados	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos:	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al a alguna de ellas e le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambulai • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos ce e Nota: E Copia de los cer a) Advanc d) Deberá medicir	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de marca de cotejo los documentos de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia y la oficina de despachorar la certificación en originar la certificación en originar la certificación en originar la certificación del acue de Control que tendrá dispersión y credenciales de Cerdica de Control que tendrá dispersión y credenciales de Cerdica Cardiac Life Support (credencia Cardiac Life Support (credenc	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar exumentos presentar exumentos presentar exumentos de Motora Transportación y o de Responsabilidades aseguradas, val de Comunicaciones de la de la compañía comunicaciones en de la del a compañía com de la del a compañía com Médico de Contar (PALS); (PALS); (ATLS); (3) años de experi	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la misidos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). ad Pública. Vigencia de la póliza y límites con es para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono boue brinda el servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. entre el solicitante y un Directorio. (Categorías III, IV, y V) o de Control. trol, deberá tener aprobados riencia en medicina pre-hospiriencia en me	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos:	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I 1974. Si Favor d 1. 2. 3.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al a alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambular • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos co e Nota: E Copia de los cer a) Advanc d) Deberá medicir Copia de la Lice co Advanc d) Deberá medicir Copia de la Lice	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquice está en incumplimiento, de marca de cotejo los documentos de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia y la oficina de despachorar la certificación en originar la certificación en originaria de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá dispersión de Control que tendrá	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar exumentos presentar exumentos presentar exumentos de Motora Transportación y o de Responsabilidades aseguradas, val de Comunicaciones de la de la compañía comunicaciones en de la del a compañía com de la del a compañía com Médico de Contar (PALS); (PALS); (ATLS); (3) años de experi	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion estar en cumplimiento con ridencia del estatus de la mis dos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Independia de la póliza y límites do para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono boue brinda el servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. Dentre el solicitante y un Directorico. (Categorías III, IV, y V) de Control. Errol, deberá tener aprobados	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos:	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofice servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor de 1. 2. 3. 4. 5. 6.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambular • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos de e Nota: E Copia de los cer a) Advanc d) Deberá medicir Copia de la Lice estatal y federal	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquice está en incumplimiento, de marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de nacia y la oficina de despachorar la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá disputica de Control que tendrá disputica de Cardiac Life Support (per Advanced Life Support (per Life Support (pe	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar exumentos presentar exumentos presentar exumentos presentar exumentos de Motor Transportación y o de Responsabiliciades aseguradas, val de Comunicaciones comunicaciones comunicaciones comunicaciones comunicaciones de la de la compañía de conico de Emergen erador erado formalizado conible para el sel ungir como Médic el Médico de Contacto (PALS); (7PALS); (3) años de experedicamentos o Licular de la deservación de contacto de contact	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la misidos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Independia de la póliza y límites de propersión de la póliza y límites de la	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos:	estar en ormación as Básico e junio de
Licence Cor 14. La Ofice servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor de 1. 2. 3. 4. 5. 6.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambulai • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos de • Nota: E Copia de los cer a) Advanc d) Deberá medicir Copia de la Lice estatal y federal Lista de los medicir	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquice está en incumplimiento, de marca de cotejo los documencia de cada uno de los Voda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de nacia y la oficina de despachorar la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de control que tendrá disperience de Cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de cada de control que tendrá disperience de cardiac Life Support (per cada de control que tendrá disperience de cada de control que tendrá disperience de cada de control que tendrá disperience de control que tendrá	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar exumentos de Responsabilidades aseguradas, val de Comunicaciones comunicaciones concentador de la compañía de conico de Emergen erador erdo formalizado conible para el sei ungir como Médic el Médico de Contacto de Contac	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la misidos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Independia de la póliza y límites de propersión de la póliza y límites de la	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos: talaria o en servicios de dicamentos a nivel	estar en ormación as Básico e junio de
Cor 14. La Oficion servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor d 1. 2. 3. 4. 5. 6.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho o 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas e le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambulai • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos c • Nota: E Copia de la Lice • Nota: E Copia de la Lice copia de la Lice e horas de cada u Contrato de ser de los Médicos c e Nota: E Copia de la Lice copia de la Lice estatal y federal Lista de los med Copia de "Certif	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquicestá en incumplimiento, de marca de cotejo los documencia de cada uno de los Verda por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia de la Comisión Federar evidencia del sistema de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá disperior de Cordica de Cardiac Life Support (per la C	que opere ambula no deberán contai que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar ev umentos presentar dehículos de Motor a Transportación y o de Responsabilidades aseguradas, v ral de Comunicaciones co contro de Emergen erador erado formalizado conible para el se ungir como Médic el Médico de Con ACLS); (PALS); ATLS); (3) años de experi	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la misidos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Iad Pública. Vigencia de la póliza y límites con es para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono bonsistente de radio-teléfono bonsistente al servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. Pentre el solicitante y un Directorio. (Categorías III, IV, y V) o de Control. Erol, deberá tener aprobados de Control de Medicas para el Botiquín de Medicas para el Botiquín de Medicas para el Botiquín de Medicas para el Negociado de Trandicido por el Negoci	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos: talaria o en servicios de dicamentos a nivel	estar en ormación as Básico e junio de
Cor 14. La Ofic servicio escrita o Paran Todas I. 1974. Si Favor o 1. 2. 3. 4. 5. 6.	cia de Conducir: reo Electrónico: REQUISITOS ina de Despacho 24 horas al día. sobre los servicio nédico debidame as ambulancias al alguna de ellas el le indicar con una Copia de la Lice • Expedic Copia del Certifi • Deberá Copia de la Lice • Present ambular • Present Copia de cada u Contrato de ser de los Médicos d • Nota: E Copia de los cer a) Advanc d) Deberá medicir Copia de la Lice estatal y federal Lista de los med Copia de "Certifi Copia de los "Pr	de todo concesionario que Las oficinas de despachos que presta. La persona ente licenciado. utorizadas bajo la franquiciestá en incumplimiento, de amarca de cotejo los documencia de cada uno de los Vida por el Departamento de icado de Póliza de Seguro incluir cada una de las unidencia y la oficina de despachorar la certificación en origina una de las Licencias de Técuna de las Licencias de Técuna de las Licencias de Opvicios o evidencia del acue de Control que tendrá disputible de Control que tendrá disputible de Cardiac Life Support (per Advanced Life Support (per Cardiac para el Manejo de Mel.) dicamentos requeridos y aficado de Inspección" de cerotocolos de Manejo Médico posecreta de cerotocolos de controlos de cerotocolos de cerotocolos de controlos de cerotocolos de controlos de cerotocolos de controlos de cerotocolos de controlos de cerotocolos de cerotocolos de controlos de cerotocolos de controlos de cerotocolos de cerotoc	que opere ambula no deberán contar que funja como de cia TCAMB deberá eberá presentar exumentos de Responsabilidades aseguradas, val de Comunicaciones comunicaciones comunicaciones comunicaciones concerdo formalizado conible para el sel ungir como Médic el Médico de Contacto de Con	ncias dentro de las Categor con mapas del área que le espachador deberá ser Técnion nestar en cumplimiento con ridencia del estatus de la misidos para radicar la solicitud. Obras Públicas (DTOP). Iad Pública. Vigencia de la póliza y límites con es para el Sistema de Radionsistente de radio-teléfono bonsistente de radio-teléfono bonsistente al servicio. Deberá cias Médicas Paramédico. Pentre el solicitante y un Directorio. (Categorías III, IV, y V) o de Control. Erol, deberá tener aprobados de Control de Medicas para el Botiquín de Medicas para el Botiquín de Medicas para el Botiquín de Medicas para el Negociado de Trandicido por el Negoci	fas III, IV y V tendrá que corresponde servir e infeco de Emergencias Médica la Ley Núm. 225, de 23 de ma. de la cubierta. ocomunicaciones idireccional entre la indicar la vigencia. etor Médico, así como el los siguientes cursos: talaria o en servicios de dicamentos a nivel	estar en ormación as Básico e junio de

15	SECCIÓN DE ES	STADÍSTIC	CAS		
	Indicaciones:	Desde e	l número de casos atendidos do l 1 de enero de h os para cada uno de los turnos.	asta el 31 de diciembre de	en cada uno de los renglones
	TIPO DE CASO		TURNO 1 hasta	TURNO 2 hasta	TURNO 3 hasta
1.	Emergencia	s			
2.	2. Servicios Ambulatorios				
3.	Diálisis				
4.	Administración Compensacione Accidentes o Automóvile: (ACAA)	s por le			
5.	Corporación del l de Seguro de Es (CFSE)				
6.	Emergencia Psiquiátrica:				
7.	Personas de Eo Avanzada	dad			
8.	Personas co Discapacidad				
9.	Emergencia Pediátricas	s			
10.	Traslados				
11.	"Charities"				
12.	Citas Médica	ıs			
13.	Muertes				
14.	Otros (Expliqu	ıe)			
Nota: UTILI LA C:	CE EL ANEJO "A" I	PARA IND	ICAR LOS DATOS RELACIONA LA CERTIFICACIÓN	DOS CON CADA UNA DE LAS U	UNIDADES AUTORIZADAS POR

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES PARA LA CERTIFICACIÓN TCAMB-III

El Reglamento Núm.6737, conocido como "Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico", Sec. 7.08 (c), establece que todo peticionario y/o concesionario deberá entregar un "Manual de Normas y Procedimientos Operacionales".

Este manual deberá incluir los siguientes:

- a) Nombre del peticionario (según está solicitando que sea autorizado en el Negociado de Transporte (NTSP);
- b) Misión de la Organización;
- c) Descripción de la Organización: organigrama y funciones del personal
- d) Plan de contingencia ante cualquier desastre;
- e) Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas;
- f) Procedimiento a seguir para el manejo de enfermos mentales, menores de edad, víctimas de violación o maltrato.
- g) Procedimiento para el control de medicamentos (Categorías III, IV y V);
- h) Metodología a seguir para evaluar el servicio y tratamiento ofrecido al paciente;
- i) Plan de Control de Exposición a patógenos en sangre;
- j) Protocolo de Tratamiento Médico deberá ser desarrollado por el Director Médico del servicio de ambulancias (Categorías III, IV y V) y señalar los parámetros siguientes:
 - Proveer el tratamiento indicado para los pacientes adultos y pediátricos, y
 - Establecer el tratamiento a prestar de acuerdo con la condición de paciente.
- k) Copia de la "Hoja de Pacientes" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.

En el caso de unidades de las Categorías II, III, IV, y V la hoja deberá incluir los siguientes:

- 1) Dirección exacta del lugar del incidente,
- 2) Fecha del incidente,
- 3) Hora del incidente.
- 4) Hora de salida hacia el incidente,
- 5) Hora de llegada a la escena del incidente,
- 6) Hora de salida de la escena del incidente,
- 7) Hora de llegada a las facilidades médicas,
- 8) Hora de terminado el caso (de nuevo en servicio),
- 9) Número de incidente,
- 10) Número de Seguro Social del paciente,
- 11) Número de unidad que responde,
- 12) Número de identificación del personal que responde,
- 13) Nombre del paciente,
- 14) Dirección del paciente,
- 15) Fecha de nacimiento del paciente,
- 16) Edad del paciente,
- 17) Sexo del paciente,
- 18) Facilidad hacia donde se transportó el paciente,
- 19) Queja principal,
- 20) Impresión diagnóstica,
- 21) Signos vitales del paciente,
- 22) Historial médico pasado del paciente,
- 23) Medicamentos que utiliza el paciente,
- 24) Alergias del paciente,
- 25) Signos y síntomas hallados durante la evaluación,
- 26) "Glasgow Coma Scale",
- 27) "Revised Trauma Score",
- 28) Tratamientos o procedimientos suministrados,
- 29) Medicamentos administrados (hora y ruta de administración),
- 30) Seguro médico del paciente,
- 31) Condición del paciente al llegar al destino final.

Nota: Toda "Hoja de Paciente" debe proveer un original y una copia. La hoja original será guardada por la compañía o servicio por un término no menor de cinco (5) años. En casos donde el paciente sea menor de edad, la compañía deberá guardar el original de la "Hoja de Paciente" hasta que el paciente sobrepase por un año la mayoría de edad, o sea, veintiún años. La compañía o servicio hará disponible copia de cualquier "Hoja de Paciente" si así lo requiera el **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP).**

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO CATEGORÍA III

Yo,	, estoy suministrando información para las a	mbulancias con tablillas:
Además, estoy suministrando la información relacionada a l		
fecha de este documento componen el grupo de empleados	contratados para ofrecer servicio en las ambulancia	as antes mencionadas.
CERTIFICO que la información ofrecida en esta solicitu acompañan, es la correcta. Entiendo que el suministrar información ofrecida en esta solicitu.		
Firma del Peticionario o Concesionario	Día/Mes/Año	
*Total de empleados Indicados en Anejo B:		
AFIDÁVIT NÚM.:		
Juramentada y suscrita ante mí por y de profesión		
Puerto Rico, a quien doy fe de haber identificado mediante		
hoy de	Notario Público	



NTSP-SCCORP-TCAMB-OR-015 MAYO/2018



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC)

SERVICIO DE AMBULANCIAS CATEGORÍA III

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, 5 de abril de 2018

1.	FECHA DE LA S	OLICITUD		2.	NÚMERO DE LA SOLICITUD
	Día:	_ Mes: Añ	o:		
3.	TIPO DE PERSO	NA JURÍDICA		4.	TIPO DE ENTIDAD
		PRACIÓN .ÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITAI	DA (LLC)		□ PRIVADA□ ESTATAL□ MUNICIPAL
5.	INFORMACIÓN	DE LA ENTIDAD			
Nombr	re de la Entidad:				
	Seguro Social Patronal:	-		-	
I	Dirección Física:	L	Estado		Zona Postal
С	Dirección Postal:	Ciudad	Estado		Zona Postal
Teléfoi	no de la Oficina:			/	
Т	eléfono Celular:	////			
Núme	ro de Facsímile:		//		
Cor	reo Electrónico:				
6.	Página Web: NOMBRE COME	:PCIAI			
0.	NOMBRE COME	INCIAL			
7.	CERTIFICADO D	DE PERMISO DE USO			
	Expedido por la	Oficina de Gerencia de Permisos o	Permisos Municipales		
	Número de Cert	ificado	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Fecha	de Vigencia:/
8.	PÓLIZA DE RES	PONSABILIDAD PÚBLICA			
	Número:			Fecha	de Vigencia:///
9.	LICENCIA DEL F	RADIO-COMUNICADOR SEGÚN APA	RECE EN LA LICENCI	A DEL I	
	Número:			Fecha	de Vigencia:/
10.	NÚMERO DE AL	JTORIZACIÓN (TCAMB)			
	Número:			Fecha	de Vigencia:/
11.	DIRECCIÓN FÍSI	ICA DEL DESPACHO			
	<u> </u>				l
	<u> </u>				
	I	Ciudad	Estado		Zona Postal

12.	Favor de anejar adquirido previo	un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos o a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente: o de Serie o VIN o de Tablilla o de Registro del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia)
13.		ICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LAS UNIDADES AUTORIZADAS STÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.
	Ciudad	Estado Zona Postal
14.	INFORMACIÓN	RELACIONADA CON LA ENTIDAD
	¿Cuántos emple	eos directos o indirectos genera la entidad?
		☐ Directos ☐ Indirectos
15.	INFORMACIÓN	DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO
	Nombre del	
	Representante Autorizado:	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial
Núr	mero de Seguro Social:	
Fecha	de Nacimiento:	Día:
Direcc	ión Residencial:	
		Ciudad Estado Zona Postal
		Ciddad Estado Zolia Postal
D	irección Postal:	
		Ciudad Estado Zona Postal
Teléfo	ono Residencial:	
Т	eléfono Celular:	
Teléfor	no de la Oficina:	/// Ext.:/
Núme	ro de Facsímile:	
Licenc	cia de Conducir:	Categoría: Fecha de Vencimiento: Día Mes Año
Cori	reo Electrónico:	

16.	SECCIÓN DE ES	STADÍST	ICAS		
	Indicaciones:	Desde	el número de casos atendidos du el 1.º de enero de hasta dos para cada uno de los turnos.		en cada uno de los renglones
	TIPO DE CASO		TURNO 1 hasta	TURNO 2 hasta	TURNO 3 hasta
1.	Emergencias	s			
2.	Servicios Ambula	torios			
3.	Diálisis				
4.	Administración Compensaciones Accidentes d Automóviles (ACAA)	s por le			
5.	Corporación del F de Seguro de Es (CFSE)	Fondo stado			
6.	Emergencias Psiquiátricas				
7.	Personas de Ec Avanzada	dad			
8.	Personas col Discapacidad				
9.	Emergencias Pediátricas	s			
10.	Traslados				
11.	"Charities"				
12.	Citas Médica	ıs			
13.	Muertes				
14.	Otros (Expliqu	ue)			
Nota:			PARA INDICAR LOS DATOS RELA CSP PARA LA CUAL SOLICITA L		DE LAS UNIDADES

17. REQUISITOS:

La Oficina de Despacho de todo concesionario que opere ambulancias dentro de las Categoría III tendrá que estar en servicio 24 horas al día. Las oficinas de despacho deberán contar con mapas del área que le corresponde servir e información escrita sobre los servicios que presta. La persona que funja como despachador deberá ser Técnico de Emergencias Médicas Básico o Paramédico debidamente licenciado.

Todas las ambulancias autorizadas bajo la franquicia TCAMB deberán estar en cumplimiento de la Ley Núm. 225, de 23 de junio de 1974. Si alguna de ellas está en incumplimiento, el peticionario deberá presentar evidencia del estatus de la misma.

or c	le indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	1
	Copia de la Licencia de cada uno de los Vehículos de Motor.	
1.	 Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP). 	
2.	Resolución Corporativa identificando a los miembros de la Junta de Directores de la entidad.	
3.	Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública. • Deberá incluir cada una de las unidades aseguradas, vigencia de la póliza y límites de la cubierta.	
4.	 Copia de la Licencia de la Comisión Federal de Comunicaciones para el Sistema de Radiocomunicaciones Presentar evidencia del sistema de comunicaciones consistente de radio-teléfono bidireccional entre la ambulancia y la oficina de despacho. Presentar la certificación en original de la compañía que brinda el servicio. Deberá indicar la vigencia. 	
5.	Copia de cada una de las Licencias de Técnico de Emergencias Médicas Paramédico.	
6.	Copia de cada una de las Licencias de Operador (NTSP).	
7.	Contrato de servicios o evidencia del acuerdo formalizado entre el solicitante y un Director Médico, así como el de los Médicos de Control que tendrá disponible para el servicio. (Categorías III, IV, y V) Nota: El Director Médico podrá fungir como Medico de Control.	
	Copia de los certificados y credenciales del Médico de Control.	
	El Médico de Control deberá ser especializado en medicina de emergencia. Deberá tener aprobados los cursos siguientes: a) Advanced Cardiac Life Support (ACLS);	
8.	b) Pediatric Advanced Life Support (PALS);	
	c) Advanced Trauma Life Support (ATLS);	
	d) Deberá poseer no menos de tres (3) años de experiencia en medicina pre-hospitalaria o en servicios de medicina de emergencia.	
9.	Copia de la Licencia para el Manejo de Medicamentos o Licencia del Botiquín a nivel estatal y federal.	
10.	Lista de los medicamentos requeridos y aprobados por el Director Médico.	
11.	Copia de "Hoja de Inspección" de cada unidad, expedida por la CSP.	
12.	Copia de los "Protocolos de Manejo Médico". (Deberán estar endosados por el Director Médico).	
13.	Copia de la "Hoja de Paciente" que se utilizará. (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).	

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES PARA LA CERTIFICACIÓN DE AMBULANCIA CATEGORÍA III

El Reglamento Núm.6737, conocido como "Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico", Sección 7.08 (c), establece que todo peticionario y/o concesionario deberá entregar un "Manual de Normas y Procedimientos Operacionales".

Este manual deberá incluir los siguientes:

- a) Nombre del peticionario (según está solicitando que sea autorizado por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP);
- b) Misión de la Organización;
- c) Descripción de la Organización: organigrama y funciones del personal
- d) Plan de contingencia ante cualquier desastre;
- e) Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas;
- f) Procedimiento a seguir para el manejo de enfermos mentales, menores de edad, víctimas de violación o maltrato.
- g) Procedimiento para el control de medicamentos (Categorías III, IV y V);
- h) Metodología a seguir para evaluar el servicio y tratamiento ofrecido al paciente;
- i) Plan de Control de Exposición a patógenos en sangre;
- j) Protocolo de Tratamiento Médico deberá ser desarrollado por el Director Médico del servicio de ambulancias (Categorías III, IV y V) y señalar los parámetros siguientes:
 - Proveer el tratamiento indicado para los pacientes adultos y pediátricos, y
 - Establecer el tratamiento a prestar de acuerdo con la condición de paciente.
- k) Copia de la "Hoja de Paciente" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.

En el caso de unidades de las Categorías II, III, IV, y V la hoja deberá incluir los siguientes:

- 1) Dirección exacta del lugar del incidente,
- 2) Fecha del incidente.
- 3) Hora del incidente,
- 4) Hora de salida hacia el incidente.
- 5) Hora de llegada a la escena del incidente,
- 6) Hora de salida de la escena del incidente.
- 7) Hora de llegada a las facilidades médicas,
- 8) Hora de terminado el caso (de nuevo en servicio),
- 9) Número de incidente,
- 10) Número de Seguro Social del paciente,
- 11) Número de unidad que responde,
- 12) Número de identificación del personal que responde,
- 13) Nombre del paciente,
- 14) Dirección del paciente,
- 15) Fecha de nacimiento del paciente,
- 16) Edad del paciente,
- 17) Sexo del paciente,
- 18) Facilidad hacia donde se transportó el paciente.
- 19) Queja principal,
- 20) Impresión diagnóstica,
- 21) Signos vitales del paciente,
- 22) Historial médico pasado del paciente,
- 23) Medicamentos que utiliza el paciente,
- 24) Alergias del paciente,
- 25) Signos y síntomas hallados durante la evaluación,
- 26) "Glasgow Coma Scale",
- 27) "Revised Trauma Score".
- 28) Tratamientos o procedimientos suministrados,
- 29) Medicamentos administrados (hora y ruta de administración),
- 30) Seguro médico del paciente,
- 31) Condición del paciente al llegar al destino final.

Nota: Toda "Hoja de Paciente" debe proveer un original y una copia. La hoja original será guardada por la compañía o servicio por un término no menor de cinco (5) años. En casos donde el paciente sea menor de edad, la compañía deberá guardar el original de la "Hoja de Paciente" hasta que el paciente sobrepase por un (1) año la mayoría de edad, o sea, veintiún (21) años. La copia deberá ser entregada a la facilidad médica que reciba al paciente. La compañía o servicio hará disponible copia de cualquier "Hoja de Paciente" si así los requiera el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN CORPORACIÓN O COMPAÑÍAS DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC)

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO CATEGORÍA III

Yo, estoy	r suministrando información par	a las ambulancias con tablillas:
Además, estoy suministrando la información relacionada a licencias profes		
le este documento componen el grupo de empleados contratados para c	ofrecer servicio en las ambulanc	ias antes mencionadas.
CERTIFICO que la información ofrecida en esta solicitud, así como	la información que se inclu	ye en los documentos que se
acompañan, es la correcta. Entiendo que el suministrar información falsa	a conllevará, entre otras cosas, e	l que no se considere la solicitud
Firma del Peticionario o Concesionario	Día/Me	s/Año
*Total de empleados Indicados en Anejo B:		
AFIDÁVIT NÚM		
Juramentada y suscrita ante mí por		or de edad, de estado civi
y de profesión	, vecino(a) de la ciudad de	
Puerto Rico, a quien doy fe de haber identificado mediante	, hoy de	de
	Notario Público	

NTSP-SCPN-TCAMB-OR-016 Mayo/2018



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN **PERSONA NATURAL CATEGORÍA IV (AÉREAS)**

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, 17 de diciembre de 2003 R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público, 5 de mayo de 2018

1. F	ECHA DE L	A SOLIC	ITUD)								2.	NÚME	RO DE	LA SOL	LICITUD		
	Día:	Ме	es:					Año:										
3. II	NFORMACI	ÓN DEL	PETIC	CIONA	ARIO													
	Nombre o																	
9	Número Seguro Soci	de						-				-						
Dir	ección Físic	ca:																
		-		Ciuda	d				Е	Estado					Zona Po	ostal		
		I																
Dir	ección Post	al:																
				Ciuda	d				E	Estado					Zona Po	ostal		
Teléfon	o Residenci	al:	_/	_/	/	/_	_/_	/ -	/_	/	_/	_/						
Tel	éfono Celul	ar:	_/	_/	/	/	_/_	/ -	/_	/	_/	_/						
Teléfono	de la Oficir	na:	_/	_/	/	/_	_/_	/ -	/_	/_	_/	_/ Ex	t.:					
Número	de Facsími	le:	_/	_/	/	/_	_/_	/ -	/_	/	_/	_/						
Corre	o Electrónio	co:																
	Página We	eb:																
4. N	OMBRE CO	OMERCIA	\L															
5. 0	CERTIFICAD	O DE PE	RMIS	SO DE	USO													
E	Expedido po	or la Ofic	ina d	e Gere	encia	de Per	misos	o Pe	rmisos	Munici	pales							
N	Número de (Certificad	do									Fecha	de Vige					
6. F	PÓLIZA DE I	RESPON	SABI	LIDAD) PÚB	LICA									Día	Mes	,	Año
	Número:											Fecha	de Vige	ncia:	/		/	
					•								uo vigo		Día	Mes		Año
7. L	ICENCIA D	EL RADI	ocoi	MUNIC	CADO	R SEGI	ÚN AI	PARE	CE EN	LA LICI	ENCIA	DEL	= C C.					
N	Número:											Fecha	de Vige				_/	
															Día	Mes	•	Año
	NÚMERO DE xpedida po						otro	c Son	vicios P	úblicos	· (NITS	D)						
													da Mar		,		,	
	lúmero:											recna	ae vige		/_ Día	Mes	_/	Año
9.	DIRECCIÓN	FÍSICA E	DEL D	ESPA	CHO													
	I																	
	<u> </u>																	
	l		Ciu	ıdad					E	stado					Zona Po	stal		

Favor de anejar adquirido previo • Marca • Modelo • Año • Número • Número • Número	STA DETALLADA DE LAS inventario detallado de lo o a las fecha de la solicitud o de Serie o VIN o de Tablilla o de Registro del Permiso de Vehículo de	s vehículos que intere d, indicando para cada	sa operar bajo la au		la, de haberlos
	ICA DE LA BASE DE OPER STÉN OPERANDO O FUER		SE ALMACENARÁN	LAS UNIDADES AU	JTORIZADAS
 Ciudad		Estado	Zona	Postal	
12. INFORMACIÓN	RELACIONADA CON LA E	NTIDAD			
¿Cuántos emple	eos directos o indirectos ge		Indirectos		
13. INFORMACIÓN	DEL REPRESENTANTE AU	JTORIZADO			
Nombre del Representante	1				
Autorizado:	Apellido	Paterno Apell	do Materno	Nombre	Inicial
Número de Seguro Social:		-	-		
Fecha de Nacimiento:	Día:	Mes:		_ Año: _	
Dirección Residencial:	 	Est	ado	Zona Po	 ostal
Dirección Postal:	 Ciudad	Esta	ado	Zona Po	 ostal
Teléfono Residencial:		///			
Teléfono Celular:	///-				
Teléfono del Trabajo:	///-		// E>	kt.:	/
Número de Facsímile:		// -			
Licencia de Conducir:	Catego	oría:	Fecha Vencimie		Mes Año
Correo Electrónico					

14	SECCIÓN DE ES	TADÍST	TICA		
	Indicaciones::	Desde	el número de casos atendidos du el 1 de enero de l dos para cada uno de los turnos.		_ en cada uno de los renglones
	TIPO DE CASO		TURNO 1 hasta	TURNO 2 hasta	TURNO 3 hasta
1.	Emergencias	S			
2.	Servicios Ambula	torios			
3.	Diálisis				
4.	Administración Compensaciones Accidentes d Automóviles (ACAA)	s por e			
5.	Corporación del F de Seguro de Es (CFSE)	ondo tado			
6.	Emergencias Psiquiátricas				
7.	Personas de Ec Avanzada	dad			
8.	Personas co Discapacidad				
9.	Emergencias Pediátricas	6			
10.	Traslados				
11.	"Charities"				
12.	Citas Médica	s			
13.	Muertes				
14.	Otros (Expliqu	ıe)			
Nota			PARA INDICAR LOS DATOS REL CUAL SOLICITA LA CERTIFICACI		LAS UNIDADES AUTORIZADAS

15. REQUISITOS

La Oficina de Despacho de todo concesionario que opere ambulancias dentro de las Categorías IV y V tendrán que estar en servicio 24 horas al día. Las oficinas de despacho deberán contar con mapas del área que le corresponde servir e información escrita sobre los servicios que presta. La persona que funja como despachador deberá ser Técnico de Emergencias Médicas Básico o Paramédico debidamente licenciado.

Todas las ambulancias autorizadas bajo la franquicia TCAMB deberán estar en cumplimiento de la Ley Núm. 225, de 23 de junio de 1974. Si alguna de ellas está en incumplimiento deberá presentar evidencia del estatus de la misma.

or d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	7
1.	Copia del "Air Carrier Certificate", expedido por la Federal Aviation Administration (FAA).	
2.	Copia del "Certificate of Aircraft Registration", expedido por la Federal Aviation Administration (FAA).	
3.	Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública. • Deberá incluir cada una de las unidades aseguradas, vigencia de la póliza y límites de la cubierta.	
4.	 Copia de la Licencia de la Comisión Federal de Comunicaciones para el Sistema de Radiocomunicaciones Presentar evidencia del sistema de comunicaciones consistente de radio-teléfono bi-direccional entre la ambulancia y la oficina de despacho. Presentar la certificación en original de la compañía que brinda el servicio. Deberá indicar la vigencia. 	
5.	Copia de la Licencia del Departamento de Salud para el manejo de los medicamentos.	
6.	Copia del Contrato de Servicios del Director Médico, así como el Médico de Control que tendrá disponible para el servicio. El Director Médico podrá fungir como Médico Control. El Director Médico deberá ser un Médico especialista en Medicina de emergencia autorizado a ejercer en Puerto Rico.	
	Copia de los certificados, licencia y credenciales del Médico de Control. Esta información debe ser indicada en el "Anejo B" como empleados del servicio de ambulancias. El Médico de Control deberá ser especializado en medicina de emergencia. Deberá tener aprobados los cursos siguientes: a) Advanced Cardiac Life Support (ACLS);	
7.	b) Pediatric Advanced Life Support (PALS);	
	c) Advanced Trauma Life Support (ATLS);	
	 d) Deberá poseer no menos de tres (3) años de experiencia en medicina pre-hospitalaria o en servicios de medicina de emergencia. 	
8.	Copia de la Licencia para el Manejo de Medicamentos o Licencia del Botiquín de Medicamentos a nivel estatal y federal.	
9.	Lista de los medicamentos requeridos y aprobados por el Director Médico.	
10.	Copia de la "Hoja de Inspección" expedida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP).	
11.	Copia de los "Protocolos de Manejo Médico", endosados por el Director Médico.	
12.	Copia de la " <i>Hoja del Paciente</i> ". (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).	
	OBSERVACIONES:	
	Para operar este tipo de ambulancia el personal debe estar certificado por la <i>Federal Aviation Agency</i> (FAA).	
	El personal de asistencia médica al paciente estará compuesto por dos (2) personas los cuales podrán ser:	
	 a. Médicos especialistas en medicina de emergencias pediátricas o traumatología de adulto y/o pediátrico o médicos especialistas en cardiología o neumología, autorizados a ejercer la medicina en Puerto Rico. 	
13.	 b. Técnicos de Emergencias Médicas-Paramédicos, licenciados en Puerto Rico. c. Técnicos de Terapia Respiratoria. d. Enfermeras Graduados (RN-BSN). 	
	En aquellos casos que la asistencia médica al paciente, sea ofrecida por Paramédicos o Enfermeras Graduadas estos deberán tener aprobados y vigentes los cursos siguientes": 1. Advanced Cardiac Life Support (ACLS);	
	2. Pediatric Advanced Life Support (PALS);	
	3. Advanced Trauma Life Support (ATLS);	
	Todo el personal de asistencia médica al paciente, deberá haber aprobado y tener vigente el curso de cuidado	
	médico aéreo basado en el "Air Medical Crew National Standard Advanced Curriculum".	

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES PARA LA CERTIFICACIÓN Categoría IV (Aéreas)

El Reglamento Núm.6737, conocido como "Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico", Sec. 7.08 (c), establece que todo peticionario y/o concesionario deberá entregar un "Manual de Normas y Procedimientos Operacionales".

Este manual deberá incluir los siguientes:

- a) Nombre del Peticionario (según está solicitando que sea autorizado por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP);
- b) Misión de la Organización;
- c) Descripción de la Organización: organigrama y funciones del personal
- d) Plan de contingencia ante cualquier desastre;
- e) Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas;
- f) Procedimiento a seguir para el manejo de enfermos mentales, menores de edad, víctimas de violación o maltrato.
- g) Procedimiento para el control de medicamentos (Categorías III, IV v V);
- h) Metodología a seguir para evaluar el servicio y tratamiento ofrecido al paciente;
- i) Plan de Control de Exposición a patógenos en sangre;
- j) Protocolo de Tratamiento Médico deberá señalar los parámetros siguientes:
 - Proveer el tratamiento indicado para los pacientes adultos y pediátricos,
 - Establecer el tratamiento a prestar de acuerdo con la condición de paciente,
 - Desarrollado por el Director Médico del servicio de ambulancias (Categorías III, IV y V).
- k) "Hoja de Paciente" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.

En el caso de unidades de las Categorías II, III, IV, y V la hoja deberá incluir los siguientes:

- 1) Dirección exacta del lugar del incidente,
- 2) Fecha del incidente,
- 3) Hora del incidente,
- 4) Hora de salida hacia el incidente.
- 5) Hora de llegada a la escena del incidente.
- 6) Hora de salida de la escena del incidente,
- 7) Hora de llegada a las facilidades médicas,
- 8) Hora de terminado el caso (de nuevo en servicio).
- 9) Número de incidente,
- 10) Número de Seguro Social del paciente,
- 11) Número de unidad que responde,
- 12) Número de identificación del personal que responde,
- 13) Nombre del paciente,
- 14) Dirección del paciente,
- 15) Fecha de nacimiento del paciente,
- 16) Edad del paciente,
- 17) Sexo del paciente,
- 18) Facilidad hacia donde se transportó el paciente,
- 19) Queja principal,
- 20) Impresión diagnóstica,
- 21) Signos vitales del paciente,
- 22) Historial médico pasado del paciente,
- 23) Medicamentos que utiliza el paciente,
- 24) Alergias del paciente.
- 25) Signos y síntomas hallados durante la evaluación,
- 26) "Glasgow Coma Scale",
- 27) "Revised Trauma Score",
- 28) Tratamientos o procedimientos suministrados,
- 29) Medicamentos administrados (hora y ruta de administración),
- 30) Seguro médico del paciente,
- 31) Condición del paciente al llegar al destino final.

Nota: Toda "Hoja de Paciente" debe proveer un original y una copia. La hoja original será guardada por la compañía o servicio por un término no menor de cinco (5) años. En casos donde el paciente sea menor de edad, la compañía deberá guardar el original de la "Hoja de Paciente" hasta que el paciente sobrepase por un año la mayoría de edad o sea, veintiún años. La copia deberá ser entregada a la facilidad médica que reciba al paciente. La compañía o servicio hará disponible copia de cualquier "Hoja de Paciente" si así lo requiera el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP).

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA PERSONA NATURAL CATEGORÍA IV (AÉREAS) SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

Yo,		estoy suministrando información para las ambulanci	as con tablillas:
Además,	estoy suministrando la información	relacionada a licencias profesionales y/o cursos de los empleados * de empleados contratados para ofrecer servicio en las ambulancias antes	que a la
		sta solicitud, así como la información que se incluye en los documentos qu ormación falsa conllevará, entre otras cosas, el que no se considere la solic	
Fir	ma del Peticionario o Concesionario	Día/Mes/Año	_
*Total de	e empleados Indicados en Anejo B:		
AFIDÁ	VIT NÚM.:		
Juramen	tada y suscrita ante mí por _	mayor de edad,	de estado civil
	y de profesión	, vecino de la ciudad de	de
		do mediante de	
de	_ En	Notario Público	





SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

CORPORACIÓN O COMPAÑÍAS DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC) CATEGORÍA IV (AÉREAS)

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, 17 de diciembre de 2003 R. 9020. Código de Reglamentos de la Comisión de Servicio Público. 5 de mayo de 2018

1. FECHA DE LA	SOLICITUD	gramentes de la se	THIS IS THE WAY		2.	NÚMERO D		ICITUD	
Día:	Mes:	Año:_							
3. TIPO DE PERSO	ONA JURÍDICA				4.	TIPO DE EN	ITIDAD		
☐ CORPO	DRACIÓN					☐ PR	IVADA		
□ сомра	AÑÍA DE RESPONSAB	BILIDAD LIMITADA	(LLC)			☐ ES	TATAL		
□ OTRO						□ MU	NICIPAL		
5. INFORMACIÓN	DE LA ENTIDAD								
Nombre de la Compañía:									
Seguro Social		_			_				
Patronal:									
									l
Dirección Física:									I
	Ciudad		Estac	lo			Zona Pos	stal	·
	I								
Dirección Postal:	I								
	lCiudad		 Estac	lo.			Zona Pos		
								stai	
Teléfono de la Oficina:	//		/	/_	/ Ex	t.:			
Número de Facsímile:	//		//	′/_	/				
Correo Electrónico:									
Página Web:									
6. NOMBRE COM	ERCIAL								
7. CERTIFICADO	DE PERMISO DE USO								
	a Oficina de Gerencia		rmisos Mun	icipales					
Número de Cer				•		do Vigonoia:	,	,	
					reciia	de Vigencia:	/ Día	Mes	Año
8. NÚMERO DE P	ÓLIZA DE RESPONSA	BILIDAD PÚBLICA	١						
Número:					Fecha	de Vigencia:			
							Día	Mes	Año
9. NÚMERO DE LI	CENCIA DEL RADIOC	COMUNICADOR SE	GÚN APAF	RECE EN	l LA LIC	ENCIA DEL	F C C		
Número:					Fecha	de Vigencia:			,
							Día	Mes	Año
10. NÚMERO DE A	UTORIZACIÓN (TCAN	1 В)							
Expedida por e	l Negociado de Trans	porte y otros Serv	ricios Públi	cos (NT	SP)				
Número:					Fecha	de Vigencia:		/	
11. DIRECCIÓN FÍS	SICA DEL DESPACHO						Día	Mes	Año
									<u> </u>
									I
	Ciudad		Estad	0			Zona Pos	tal	

12.	Favor de anejar adquirido previo • Marca • Modelo • Año • Número • Número • Número	ro de Serie o VIN ro de Tablilla ro de Registro	interesa operar bajo la autorizació a cada vehículo los siguientes:	on solicitada, de haberlos
13.	DIRECCIÓN FÍS	del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia SICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DO STÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.	NDE SE ALMACENARÁN LAS UNI	DADES AUTORIZADAS
	 Ciudad	Estado	Zona Postal	I
14.	INFORMACIÓN	RELACIONADA CON LA ENTIDAD		
	¿Cuántos ample	oos directos o indirectos genera la entidad	2	
	ccuantos empie	eos directos o indirectos genera la entidad Directos		
15.	INFORMACIÓN	DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO		
	Nombre del			
	Representante Autorizado:	Apellido Paterno	Apellido Materno Nombre	l e Inicial
Nú	mero de Seguro Social:	-	-	
Fecha	de Nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Direco	ción Residencial:			
		Ciudad	Estado	Zona Postal
		<u> </u>		
0	Dirección Postal:			
		lCiudad	Estado	Zona Postal
Teléfo	ono Residencial:			
Т	eléfono Celular:			
	ono del Trabajo:		_// Ext.:	/
	ro de Facsímile:		_/// Fecha de _	
	cia de Conducir:	Categoría:	Vencimiento:	Día Mes Año
Col	rreo Electrónico			

16	SECCIÓN DE ES	TADÍST	TICA		
	Indicaciones::	Desde	el número de casos atendidos du el 1 de enero de h dos para cada uno de los turnos.		en cada uno de los renglones
	TIPO DE CASO		TURNO 1 hasta	TURNO 2 hasta	TURNO 3 hasta
1.	Emergencia	S			
2.	Servicios Ambula	torios			
3.	Diálisis				
4.	Administración Compensaciones Accidentes d Automóviles (ACAA)	s por le			
5.	Corporación del F de Seguro de Es (CFSE)	ondo tado			
6.	Emergencia: Psiquiátricas				
7.	Personas de Ec Avanzada	dad			
8.	Personas co Discapacidad				
9.	Emergencia: Pediátricas	6			
10.	Traslados				
11.	"Charities"				
12.	Citas Médica	s			
13.	Muertes				
14.	Otros (Expliqu	ıe)			
Nota			PARA INDICAR LOS DATOS REL CUAL SOLICITA LA CERTIFICACI		E LAS UNIDADES AUTORIZADAS

17. REQUISITOS

La Oficina de Despacho de todo concesionario que opere ambulancias dentro de las Categorías IV y V tendrán que estar en servicio 24 horas al día. Las oficinas de despacho deberán contar con mapas del área que le corresponde servir e información escrita sobre los servicios que presta. La persona que funja como despachador deberá ser Técnico de Emergencias Médicas Básico o Paramédico debidamente licenciado.

Todas las ambulancias autorizadas bajo la franquicia TCAMB deberán estar en cumplimiento de la Ley Núm. 225, de 23 de junio de 1974. Si alguna de ellas está en incumplimiento deberá presentar evidencia del estatus de la misma.

or d	e indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.	1
1.	Copia del "Air Carrier Certificate", expedido por la Federal Aviation Administration (FAA).	
2.	Copia del "Certificate of Aircraft Registration", expedido por la Federal Aviation Administration (FAA).	
3.	Resolución Corporativa identificando a los miembros de la Junta de Directores de la entidad.	
4.	Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública. • Deberá incluir cada una de las unidades aseguradas, vigencia de la póliza y límites de la cubierta.	
5.	 Copia de la Licencia de la Comisión Federal de Comunicaciones para el Sistema de Radiocomunicaciones Presentar evidencia del sistema de comunicaciones consistente de radio-teléfono bi-direccional entre la ambulancia y la oficina de despacho. Presentar la certificación en original de la compañía que brinda el servicio. Deberá indicar la vigencia. 	
6.	Copia de la Licencia del Departamento de Salud para el manejo de los medicamentos.	
7.	Copia del Contrato de Servicios del Director Médico, así como el Médico de Control que tendrá disponible para el servicio. El Director Médico podrá fungir como Médico Control. El Director Médico deberá ser un Médico especialista en Medicina de emergencia autorizado a ejercer en Puerto Rico.	
•	Copia de los certificados, licencia y credenciales del Médico de Control. Esta información debe ser indicada en el "Anejo B" como empleados del servicio de ambulancias. El Médico de Control deberá ser especializado en medicina de emergencia. Deberá tener aprobados los cursos siguientes: a) Advanced Cardiac Life Support (ACLS);	
8.	b) Pediatric Advanced Life Support (PALS);	
	 c) Advanced Trauma Life Support (ATLS); d) Deberá poseer no menos de tres (3) años de experiencia en medicina pre-hospitalaria o en servicios de medicina de emergencia. 	
9.	Copia de la "Licencia para el Manejo de Medicamentos" (Botiquín) a nivel estatal y federal.	
10.	Lista de los medicamentos requeridos y aprobados por el Director Médico.	
11.	Copia de la " <i>Hoja de Inspección</i> " expedida por la Comisión de Servicio Público.	
12.	Copia de los "Protocolos de Manejo Médico". • endosados por el Director Médico.	
13.	Copia de la " <i>Hoja del Paciente</i> ". (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).	
	OBSERVACIONES:	
	Para operar este tipo de ambulancia el personal debe estar certificado por la <i>Federal Aviation Agency</i> (FAA).	
	El personal de asistencia médica al paciente estará compuesto por dos (2) personas los cuales podrán ser:	
14.	 a. Médicos especialistas en medicina de emergencias pediátricas o traumatología de adulto y/o pediátrico o médicos especialistas en cardiología o neumología, autorizados a ejercer la medicina en Puerto Rico. b. Técnicos de Emergencias Médicas-Paramédicos, licenciados en Puerto Rico. c. Técnicos de Terapia Respiratoria. d. Enfermeras Graduados (RN-BSN). 	
	En aquellos casos que la asistencia médica al paciente, sea ofrecida por Paramédicos o Enfermeras Graduadas estos deberán tener aprobados y vigentes los cursos siguientes": 1. Advanced Cardiac Life Support (ACLS);	
	2. Pediatric Advanced Life Support (PALS);	
	3. Advanced Trauma Life Support (ATLS);	
	Todo el personal de asistencia médica al paciente, deberá haber aprobado y tener vigente el curso de cuidado	
	médico aéreo basado en el "Air Medical Crew National Standard Advanced Curriculum".	

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES PARA LA CERTIFICACIÓN Categoría IV (Aéreas)

El Reglamento Núm.6737, conocido como "Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico", Sec. 7.08 (c), establece que todo peticionario y/o concesionario deberá entregar un "Manual de Normas y Procedimientos Operacionales".

Este manual deberá incluir los siguientes:

- a) Nombre del Peticionario (según está solicitando que sea autorizado por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP);
- b) Misión de la Organización;
- c) Descripción de la Organización: organigrama y funciones del personal
- d) Plan de contingencia ante cualquier desastre;
- e) Procedimiento para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas;
- f) Procedimiento a seguir para el manejo de enfermos mentales, menores de edad, víctimas de violación o maltrato.
- g) Procedimiento para el control de medicamentos (Categorías III, IV v V);
- h) Metodología a seguir para evaluar el servicio y tratamiento ofrecido al paciente;
- i) Plan de Control de Exposición a patógenos en sangre;
- j) Protocolo de Tratamiento Médico deberá señalar los parámetros siguientes:
 - Proveer el tratamiento indicado para los pacientes adultos y pediátricos,
 - Establecer el tratamiento a prestar de acuerdo con la condición de paciente,
 - Desarrollado por el Director Médico del servicio de ambulancias (Categorías III, IV y V).
- k) "Hoja de Paciente" que se utilizará para ofrecer el servicio de transporte a pacientes.

En el caso de unidades de las Categorías II, III, IV, y V la hoja deberá incluir los siguientes:

- 1) Dirección exacta del lugar del incidente,
- 2) Fecha del incidente,
- 3) Hora del incidente,
- 4) Hora de salida hacia el incidente.
- 5) Hora de llegada a la escena del incidente.
- 6) Hora de salida de la escena del incidente,
- 7) Hora de llegada a las facilidades médicas,
- 8) Hora de terminado el caso (de nuevo en servicio),
- 9) Número de incidente,
- 10) Número de Seguro Social del paciente,
- 11) Número de unidad que responde,
- 12) Número de identificación del personal que responde,
- 13) Nombre del paciente,
- 14) Dirección del paciente,
- 15) Fecha de nacimiento del paciente,
- 16) Edad del paciente,
- 17) Sexo del paciente,
- 18) Facilidad hacia donde se transportó el paciente,
- 19) Queja principal,
- 20) Impresión diagnóstica,
- 21) Signos vitales del paciente,
- 22) Historial médico pasado del paciente,
- 23) Medicamentos que utiliza el paciente,
- 24) Alergias del paciente,
- 25) Signos y síntomas hallados durante la evaluación,
- 26) "Glasgow Coma Scale",
- 27) "Revised Trauma Score",
- 28) Tratamientos o procedimientos suministrados,
- 29) Medicamentos administrados (hora y ruta de administración),
- 30) Seguro médico del paciente,
- 31) Condición del paciente al llegar al destino final.

Nota: Toda "Hoja de Paciente" debe proveer un original y una copia. La hoja original será guardada por la compañía o servicio por un término no menor de cinco (5) años. En casos donde el paciente sea menor de edad, la compañía deberá guardar el original de la "Hoja de Paciente" hasta que el paciente sobrepase por un año la mayoría de edad o sea, veintiún años. La copia deberá ser entregada a la facilidad médica que reciba al paciente. La compañía o servicio hará disponible copia de cualquier "Hoja de Paciente" si así lo requiera el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP).

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA CORPORACIÓN Y COMPAÑÍAS DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC) CATEGORÍA IV (AÉREAS) SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

Yo,	estoy suministrar	ndo información para las ambulancias c	on tablillas:
Además, estoy suministrando la información fecha de este documento componen el grupo		o cursos de los empleados *	que a la
CERTIFICO Que la información ofrecida en es es la correcta. Entiendo que el suministrar info			
Firma del Peticionario o Concesionario	<u> </u>	Día/Mes/Año	
*Total de empleados Indicados en Anejo B:			
AFIDÁVIT NÚM.:	_		
Juramentada y suscrita ante mí por y de profesión			
Puerto Rico, quien doy fe de haber identificac			
de En			
	N	otario Público	
	Ne	Stario Fublico	





ANEJO A

INFORMACIÓN SOBRE CADA UNA DE LAS AMBULANCIAS AUTORIZADAS

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO R.9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

NOMBRE DEL PETICIONARIO O	CONCESIONARIO:					
NÚMERO DE AUTORIZACIÓN O	SOLICITUD:					
NÚMERO DE TABLILLA:		_				
☐ CERTIFICACIÓN [ADICIÓN	□ SUSTIT	UCIÓN	☐ RE-CER	TIFICACIÓN	Fecha de Vencimiento de la última certificación emitida: /
CATEGORÍA:	NÚMERO DE SERI	E:	MODELO:		AÑO:	NÚMERO DE MARBETE:
			MARCA:			FECHA DE EXPIRACIÓN: /
NÚMERO DE TABLILLA:						
☐ CERTIFICACIÓN [ADICIÓN	☐ SUSTIT	UCIÓN	☐ RE-CER	TIFICACIÓN	Fecha de Vencimiento de la última certificación emitida: /
CATEGORÍA:	NÚMERO DE SERI	E:	MODELO:		AÑO:	NÚMERO DE MARBETE:
			MARCA:			FECHA DE EXPIRACIÓN:
NÚMERO DE TABLILLA:		_				
☐ CERTIFICACIÓN [ADICIÓN	□ SUSTIT	UCIÓN	☐ RE-CER	TIFICACIÓN	Fecha de Vencimiento de la última certificación emitida: ———————————————————————————————————
CATEGORÍA:	NÚMERO DE SERI	E:	MODELO:		AÑO:	NÚMERO DE MARBETE:
			MARCA:			FECHA DE EXPIRACIÓN:







ANEJO B

CREDENCIALIZACIÓN DEL PERSONAL ADSCRITO AL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO REGLAMENTO NÚM. 6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO" Y CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA CSP (ABRIL 2018)

NO	NOMBRE DEL PETICIONARIO O CONCESIONARIO:									
NÚ	MERO DE AUTORIZACIÓN:				NÚ	NÚMERO DE SOLICITUD:				
					<u>.</u>		CATEGORÍA IV			
	Nombre del Empleado	Licencia de Operador NTSP	Licencia T.E.M./BÁSICO	Licencia T.E.M/PARAMÉDICO	LIC. B / LIC. P	Licencia del Enfermero(a)	Licencia del Terapista	Licencia del Médico	Firma del Empleado	
	Nombre dei Empleado	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Firma dei Empleado	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.				_						
10.										

Edif. Dr. Cruz A. Matos, Carretera PR- 8838, Km. 6.3, Sector El Cinco, Río Piedras, PR, 00926 P.O. Box 190870, San Juan, P.R., 00919-0870

www.csp.gobierno.pr





HOJA DE INSPECCIÓN

CATEGORÍA I

SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PUERTO RICO

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Sec. 13.06 R.9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

1.	FECH	A DE LA I	INSPECCIÓN					2.	NÚMERO D	E INSPEC	CIÓN	
	Di	ía:	/ Mes:_		_/ Año:							
3.	LUGA	R DE LA	DE LA INSPECCIÓN			4.	NÚMERO D	E AUTOR	RIZACIÓN			
5.			PECCIONA	DO						l	I	
	MAR				MODE	LO:				AÑO:		
			ABLILLA:				SERIE:					
			IARBETE:			VEI	NCIMIENTO:	Día:	/ Mes:		_/ Año:	
6.	NOME	BRE DEL (CONCESIO	NARIO								
	NOME		DEDDESEN	TANTE AUTORIZADO								
7.	NOME	BRE DEL I	REPRESEN	TANTE AUTORIZADO								
8.	DIREC	CCIÓN										
	Dirocci	ón Física:										
	Direcci	on Fisica:	<u> </u>									
				Ciudad		Est	tado 			Zona Pos	tal	
			l									
	Direccio	ón Postal:										
				Ciudad		Est	tado			Zona Pos	tal	
Teléfo	no de (Contacto:	/		/-	/	/ /	/				
Niúi	mero d	e Celular:			/ -			/				
					/	_/		<i></i>				
Teléfo	no de l	a Oficina:	/_		/	_/	_//	/ Ext	:			
Núme	ero de F	acsímile:	/_		/	_/	_//	/				
Cor	rreo Ele	ectrónico:										
		gina Web:										
	·		MPLE CON	LOS SIGUIENTES CRIT								
	SÍ		NO	Interior de la ambuland								
	SÍ		NO	Caja de primeros auxili	ios <i>First Re</i>	espoi	nder					
	sí sí		NO NO	Radio - Teléfono Mapas								
	SÍ		NO	Acondicionador de aire	e deberá es	star f	uncionando a	decua	damente			
	SÍ			Tres (3) triángulos refl						amento de	e Obras Públ	icas
	<u>ي</u>		NO	(DTOP).	S libras Tin	O A P	C					
	SÍ		NO	Dos (2) extintores de 5 libras 1 ubicado en el mód								
	sí		NO	1 ubicado en l Letrero de aviso: "NO				o del r	naciente			
				Sistema de oxígeno po	ortátil y sist	tema	de oxígeno fij	jo o ce	ntral. Ambos			
	sí		NO							de oxígeno	por minuto	. El
				Equipo de administrac	ión de oxíg	geno,	el cual incluir	á lo sig	guiente:	naciont	os adultos	
	SÍ		NO	2 mascarillas	de oxígeno	con	reservorio "n	on reb	<i>reathing</i> " par			S.
				2 cánulas nas2 cánulas nas								
	SÍ		NO	Camilla fija a la pared								

10. COMENTARIOS:		
	CERTIFICACIÓN	1
Certifico que he inspeccionado la	unidad identificada de acuerd	o con los requisitos establecidos en la
Categoría de la Ambulancia Tipo I,	, a tenor con la Ley Número 225,	de 23 de julio de 1974, según enmendada
		ento para el Servicio de Ambulancias en
		porte y otros Servicios Públicos (NTSP),
en sus Artículos 13 y 14.	. 2000, del Negociado de Transp	yorte y otros servicios r ablicos (1415),
en sus Articulos 13 y 14.		
Nombre del Inspector	Firma	Número de Licencia
Nombre del Concesionario	Firma	Número de Autorización
Nombre dei Concesionario	LITIII	Numero de Autorización

NTSP-INSP-TCAMB-OR-022 MAYO/2018

HOJA DE INSPECCIÓN



CATEGORÍA II SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PUERTO RICO

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Sec. 13.06 R. 9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

1.	FECH.	A DE LA I	NSPECCIÓ	N 2. NÚMERO DE INSPECCIÓN
	Día):	_/ Mes:	/ Año:
3.	LUGA	R DE LA I	NSPECCIÓ	A. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN
-	INFO	SMA CIÓN	DEL VEU	CULO INSPECCIONADO
5.	MAR		DEL VEHI	MODELO: AÑO:
		ERO DE T	ABLILLA:	SERIE:
	NÚMI	ERO DE M	ARBETE:	FECHA DE EXPIRACIÓN Día:/ Mes:/ Año:/
6.	NOME	BRE DEL C	ONCESIO	
7.	NOME	BRE DEL F	REPRESEN	TANTE AUTORIZADO
8.	DIREC	CCIÓN		
			l	
1	Direcci	ón Física:	<u> </u>	
				Ciudad Estado Zona Postal
			I	
	Direcció	on Postal:	<u> </u>	
				Ciudad Estado Zona Postal
Teléfo	no de (Contacto:	/_	
		Celular:	/_	
Teléfo	no de la	a Oficina:	/_	_/// Ext.:/
Núme	ro de F	acsímile:	/_	
Cor	reo Ele	ectrónico:		
0		ina Web:	ADLE CON	LOS SIGUIENTES CRITERIOS
	SÍ		NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.
	sí		NO	Altura mínima del compartimiento del paciente deberá ser 60" pulgadas.
	sí		NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.
	sí		NO	División entre el compartimiento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.
	sí		NO	Acceso al interior de la ambulancia por ambos lados del vehículo.
	sí		NO	Invertidor de 12 voltios a 110 A/C.
	sí		NO	Radio - Teléfono.
	sí		NO	Mapas.
	sí		NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.
	sí		NO	Tres triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DTOP).
	sí		NO	Dos extintores de 5 lbs., Tipo ABC. (Uno ubicado en el módulo y otro ubicado en la cabina del operador).
	sí		NO	Letrero de "NO FUMAR"
	sí		NO	Equipo fijo o portátil de los materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso inmediato.

sí	NO	Deberá tener iluminación suficiente (tanto en el compartimiento del operador de la ambulancia como en el compartimiento del paciente) que permita la lectura de expedientes y mapas de tal manera que a su vez permita atender a los lesionados o enfermos en debida forma.				
sí	NO	Deberá disp	Deberá disponer de una lámpara tipo "goose neck".			
sí	NO	milímetros d	Equipo portátil o fijo de succión tendrá capacidad de generar una presión de succión mínima de 600 milímetros de mercurio. Ambos equipos deberán estar acompañados por catéteres de succión ígidos (<i>Yankeur</i>) de diferentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.			
sí	NO	tamaño Ped		ión manual. (Una unidad deberá ser de tamaño para adulto. Las otras de tal). Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas de oxigeno		
sí	NO	Varios " <i>Air</i> I	<i>Nay Kit</i> " (vías d	de aires orofaríngeos para adultos y niños).		
sí	NO	reguladores	de presión cor	il y un sistema de oxígeno fijo o central. (Ambos equipos deberán tener n capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El deberá tener un humidificador).		
sí	NO	Unidades ad	laptables a los	tubos o líneas de oxígeno.		
sí	NO	Do:Do:Do:	s mascarillas de s mascarillas de s cánulas nasal	de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: e oxígeno con reservorio " <i>non re breathing</i> " para pacientes adultos. e oxígeno con reservorio " <i>non re breathing</i> " para pacientes pediátricos. es de oxígeno para pacientes adultos. es de oxígeno para pacientes pediátricos.		
sí	NO	Un estetosco	opio.			
sí	NO	Dos esfigmo	manómetros.	Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.		
sí	NO	Deberá esta	r provista de ir	movilizadores de extremidades superiores para adultos y niños.		
31	NO	Tablillas:	T			
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"		
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"		
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"		
sí	NO		<u> </u>	movilizadores de extremidades inferiores: " <i>Traction Splint</i> "		
sí	NO	Cuatro (4) collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: (1) Pequeño (1) Mediano (1) Grande (1) Pediátrico				
		Camilla de pala.				
sí	NO					
sí sí	NO NO	Camilla de p	ala.	5"de largo por 21 ½" de ancho.		
		Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi	ala. a la pared de 79 za para el mov	imiento de pacientes <i>"stair chair</i> "		
sí	NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi	ala. a la pared de 79 za para el mov			
sí sí	NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza.	ala. a la pared de 79 za para el mov rga " <i>Long Boa</i>	imiento de pacientes <i>"stair chair</i> "		
sí sí	NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un " <i>Kendrid</i>	ala. a la pared de 79 za para el mov rga " <i>Long Boa</i>	imiento de pacientes "stair chair" rd' acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED).		
sí sí sí	NO NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo:	pala. a la pared de 79 za para el mov rga " <i>Long Boa</i> ck <i>Extrication</i> a correas para re r Automático:	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sí sí sí sí	NO NO NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo:	pala. a la pared de 75 za para el mov rga " <i>Long Boa</i> ck <i>Extrication</i> a correas para re r Automático:	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sl sl sl sl	NO NO NO NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lai cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S	pala. a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication a correas para re r Automático: Serie:	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sí sí sí sí sí	NO NO NO NO NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales.	pala. a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication o correas para re r Automático: Serie: (Chata).	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sl sl sl sl sl	NO NO NO NO NO NO NO NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de s Urinales. "Bed Pans"	pala. a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication o correas para re r Automático: Serie: (Chata).	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sl sl sl sl sl sl sl sl sl	NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrio Un "set" de o Desfibrilado Modelo: Número de s Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resisto	pala. a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication o correas para re r Automático: Serie: (Chata). de lengua.	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sí sí sí sí sí sí sí	NO	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para	ala. a la pared de 79 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication de correas para re r Automático: Serie: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable,	ala. a la pared de 79 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication a correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétri e protección pe guantes desec	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir.		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de s Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios	a la pared de 79 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication de correas para re r Automático: Serie: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétric e protección per guantes desect s biomédicos.	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir. rey Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla hables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo	a la pared de 79 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication de correas para re r Automático: Serie: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétri e protección per guantes desect s biomédicos. os o vendajes a	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). estringir. rey Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla hables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA.		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo Vendajes de	a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication de correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétrice protección per guantes desect s biomédicos. os o vendajes a	imiento de pacientes "stair chair" rd' acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). stringir. rey Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla hables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA. dhesivos de diferentes tamaños.		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo Vendajes de Dos sabanas	a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication de correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétrice protección per guantes desect s biomédicos. os o vendajes a	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). Instringir. Instringir		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo Vendajes de Dos sabanas	a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication a correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétri e protección pe guantes desec s biomédicos. os o vendajes a gasa en rollos s estériles dese	imiento de pacientes "stair chair" rd" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). Instringir. Instringir		
sl sl <td>NO NO N</td> <td>Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de s Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resista Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo Vendajes de Dos sabanas Gasas estéri Vendajes ela</td> <td>a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication a correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétri e protección pe guantes desec s biomédicos. os o vendajes a gasa en rollos s estériles dese</td> <td>imiento de pacientes "stair chair" rd' acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). stringir. rey Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla hables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA. dhesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. chables para pacientes quemados. tamaños.</td>	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de s Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resista Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo Vendajes de Dos sabanas Gasas estéri Vendajes ela	a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication a correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétri e protección pe guantes desec s biomédicos. os o vendajes a gasa en rollos s estériles dese	imiento de pacientes "stair chair" rd' acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). stringir. rey Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla hables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA. dhesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. chables para pacientes quemados. tamaños.		
sl	NO N	Camilla de p Camilla fija a Silla plegadi Una tabla lar cabeza. Un "Kendrid Un "set" de d Desfibrilado Modelo: Número de S Urinales. "Bed Pans" Depresores Frisas resiste Envase para Un equipo G Dos "kits" de desechable, desperdicios Esparadrapo Vendajes de Dos sabanas Gasas estéri Vendajes elá Cuatro vaso	a la pared de 75 za para el mov rga "Long Boa ck Extrication a correas para re r Automático: (Chata). de lengua. entes al fuego. vomitar "Kidn sineco-Obstétri e protección pe guantes desec s biomédicos. os o vendajes a gasa en rollos s estériles dese les de diversos sisticos. s desechables	imiento de pacientes "stair chair" rd' acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de Device" (KED). stringir. rey Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla hables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA. dhesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. chables para pacientes quemados. tamaños.		

10.	COMENTARIOS		
		CERTIFICACIÓN	
Certi	fico que he inspeccionado e	l vehículo identificado en la prir	nera página de este formulario de
acue	rdo a los requisitos establec	idos en la Categoría de la Amb	ulancia Tipo II, a tenor con la Ley
Núm	ero 225, de 23 de julio de 19	974, según enmendada y a ten	or con el Reglamento Núm. 6737,
			n Puerto Rico", de 17 de diciembre
ae 20	JUS, del Negociado de Trans	sporte y otros Servicios Públicos	s, en sus Articulos 13 y 14.
	Nombre del Inspector	Firma	Número de Licencia
	Nombre del Concesionario	Firma	Número de Autorización



NTSP-INSP-TCAMB-OR-023 JUNIO/2018



HOJA DE INSPECCIÓN

CATEGORÍA II SERVICIO DE AMBULANCIAS BARIÁTRICAS

SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PUERTO RICO

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Sec. 13.06 R. 9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

1.	FECH.	A DE LA I	NSPECCIÓ	N 2. NÚMERO DE INSPECCIÓN				
	Día	ı:	_/ Mes:					
3.	LUGAR DE LA INSPECCIÓ			N 4. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN				
5.	INFO	RMACIÓN	DEL VEHÍ	CULO INSPECCIONADO				
	MAR			MODELO: AÑO:				
	NÚMI	ERO DE T	ABLILLA:	SERIE:				
			IARBETE:	FECHA DE EXPIRACIÓN Día:/ Mes:/ Año:/				
6.	NOME	BRE DEL C	CONCESIO	NARIO:				
7.	NOME	BRE DEL F	REPRESEN'	FANTE AUTORIZADO:				
_								
8.	DIREC	CCIÓN:	1					
	Direcci	ón Física:						
	Direcci	on risica.		Ciudad Estado Zona Postal				
	Direcció	on Postal:						
				Ciudad Estado Zona Postal				
Teléfo	no de (Contacto:	/					
		Celular:	/					
Teléfo	no de la	a Oficina:	/					
Núme	ero de F							
		ectrónico:						
		jina Web:						
9.				LOS SIGUIENTES CRITERIOS:				
	sí		NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.				
	SÍ		NO	Altura mínima del compartimiento del paciente deberá ser 60" pulgadas.				
	sí		NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.				
	sí		NO	División entre el compartimiento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.				
	sí		NO	Acceso al interior de la ambulancia por ambos lados del vehículo.				
	SÍ NO Invertidor de 12			Invertidor de 12 voltios a 110 A/C.				
	□ SÍ □ NO Radio - Teléfono.			Radio - Teléfono.				
	sí		NO	Mapas.				
	sí		NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.				
	SÍ		NO	Seis (6) triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DTOP).				
	SÍ		NO	Dos extintores de 9 lbs., Tipo ABC. (Uno ubicado en el módulo y otro ubicado en la cabina del operador).				
	sí		NO	Letrero de "NO FUMAR"				

sí	NO	Equipo fijo o portátil de los materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso inmediato.				
sí	NO	Deberá tener iluminación suficiente (tanto en el compartimiento del operador de la ambulancia como en el compartimiento del paciente) que permita la lectura de expedientes y mapas de tal manera que a su vez permita atender a los lesionados o enfermos en debida forma.				
sí	NO	Deberá disponer de una lámpara tipo "goose neck".				
sí	NO	milímetros de mercurio. Ar	ión tendrá capacidad de generar una presión de succión mínima de 600 mbos equipos deberán estar acompañados por catéteres de succión es tamaños para pacientes adultos y pediátricos.			
sí	NO		ción manual. (Una unidad deberá ser de tamaño para adulto. Las otras onatal). Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas de ervorio.			
sí	NO	Varios " <i>Air Way Kit</i> " (vías de	aires orofaríngeos para adultos y niños).			
sí	NO	reguladores de presión con c	un sistema de oxígeno fijo o central. (Ambos equipos deberán tener capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El eberá tener un humidificador).			
sí	NO	Unidades adaptables a los tu	bos o líneas de oxígeno.			
sí	NO	 Dos (2) mascarillas Dos (2) mascarillas pediátricos. Dos (2) cánulas nas. 	oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: de oxígeno con reservorio "non re breathing" para pacientes adultos. de oxígeno con reservorio "non re breathing" para pacientes ales de oxígeno para pacientes adultos. ales de oxígeno para pacientes pediátricos.			
sí	NO	Un estetoscopio.				
sí	NO	Dos esfigmomanómetros. U	no para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.			
sí	NO	Deberá estar provista de inm Tablillas:	ovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños.			
			Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"			
		□ sí □ no □	Dos o más acolchonadas 3"x 3"			
		□ sí □ NO □	Dos o más acolchonadas 15"x 3"			
sí	NO	Deberá estar provista de inm	ovilizadores de extremidades inferiores: " <i>Traction Splint</i> "			
sí	NO	Cuatro (4) collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: (1) Pequeño (1) Mediano (1) Grande				
		(1) Pediátrico				
sí	NO	(1) Pediátrico Camilla de pala.				
sí sí	NO NO	(,	de largo por 21 ½" de ancho.			
		Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" Silla plegadiza para el movim	niento de pacientes <i>"stair chair</i> "			
sí	NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" Silla plegadiza para el movim	•			
sí sí	NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" Silla plegadiza para el movim Una tabla larga " <i>Long Board</i>	niento de pacientes <i>"stair chair</i> " " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de			
sí sí	NO NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga " <i>Long Board</i> cabeza.	niento de pacientes <i>"stair chair</i> " " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED).			
sí sí sí	NO NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" (Silla plegadiza para el movim Una tabla larga " <i>Long Board</i> cabeza. Un " <i>Kendrick Extrication De</i>	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
sí sí sí sí	NO NO NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo:	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
sl sl sl sl	NO NO NO NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo:	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
si si si si si si	NO NO NO NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales.	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
sl sl sl sl sl	NO NO NO NO NO NO NO NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata).	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
S S S S S S S S	NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movimo Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para resto Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua.	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
si si si si si si si	NO	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Frisas resistentes al fuego.	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
S S S S S S S S	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movimo Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para resto Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Frisas resistentes al fuego. Envase para vomitar "Kidney Un equipo Gineco-Obstétrico Dos "kits" de protección persidesechable, guantes desecha	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir.			
si si si si si si si	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movimuna tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Wimero de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Frisas resistentes al fuego. Envase para vomitar "Kidney Un equipo Gineco-Obstétrico Dos "kits" de protección persidesechable, guantes desechadesperdicios biomédicos. De	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". D de emergencias "Ob-Kit" sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para			
S S S S S S S S	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Envase para vomitar "Kidney Un equipo Gineco-Obstétrico Dos "kits" de protección persidesechable, guantes desechadesperdicios biomédicos. De Esparadrapos o vendajes adi	miento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". Do de emergencias "Ob-Kit" sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para eberá cumplir con las especificaciones de OSHA. nesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños.			
S S S S S S S S	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Envase para vomitar "Kidney Un equipo Gineco-Obstétrico Dos "kits" de protección persidesechable, guantes desechadesperdicios biomédicos. De Esparadrapos o vendajes adi	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". Do de emergencias "Ob-Kit" sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para eberá cumplir con las especificaciones de OSHA. nesivos de diferentes tamaños.			
S S S S S S S S	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Envase para vomitar "Kidney Un equipo Gineco-Obstétrico Dos "kits" de protección persidesechable, guantes desechadesperdicios biomédicos. De Esparadrapos o vendajes adi	miento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". De de emergencias "Ob-Kit" sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para eberá cumplir con las especificaciones de OSHA. mesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. de diferentes tamaños.			
S S S S S S S S	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movimuna tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Número de Serie: Urinales. "Bed Pans" (Chata). Depresores de lengua. Envase para vomitar "Kidney Un equipo Gineco-Obstétrico Dos "kits" de protección persidesechable, guantes desechadesperdicios biomédicos. De Esparadrapos o vendajes aditivados sabanas estériles desechados desechados desechados desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados desechados desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles desechados de gasa en rollos de Dos sabanas estériles de gasa en rollos de de gasa en rollos de de gasa en rollos de gasa en rollos de de g	miento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". De de emergencias "Ob-Kit" sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para eberá cumplir con las especificaciones de OSHA. mesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. de diferentes tamaños.			
S S S S S S S S	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movim Una tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo:	niento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". De de emergencias "Ob-Kit" sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ebles, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para eberá cumplir con las especificaciones de OSHA. nesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. anables para pacientes quemados.			
si si	NO N	Camilla de pala. Camilla fija a la pared de 75" de Silla plegadiza para el movimuna tabla larga "Long Board cabeza. Un "Kendrick Extrication De Un "set" de correas para rest Desfibrilador Automático: Modelo: Modelo: Mumero de Serie: Mumero de S	miento de pacientes "stair chair" " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de evice" (KED). ringir. " Basin". De de emergencias "Ob-Kit" Sonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla ables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para eberá cumplir con las especificaciones de OSHA. mesivos de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. de diferentes tamaños. anales para pacientes quemados. amaños.			

10.	COMENTARIOS		
		CERTIFICACIÓN	
Carti	fico que he inspeccionado e	l vehículo identificado en la pri	mera página de este formulario de
Certi	nco que ne inspeccionado e	i veriliculo identificado en la pri	mera pagina de este formulario de
acue	rdo a los requisitos estableci	idos en la Categoría de la Aml	<mark>oulancia Tipo II, Bariátrica</mark> a tenor
con l	a Lev Número 225. de 23 de i	iulio de 1974, según enmendada	a y a tenor con el Reglamento Núm.
			lancias en Puerto Rico", de 17 de
dicie	mbre de 2003, del Negocia o	do de Transporte y otros Serv	vicios Públicos, en sus Artículos 13
y 14.			
	 -		
	Nombre del Inspector	Firma	Número de Licencia
	Nombre del Concesionario	Firma	Número de Autorización



NTSP-INSP-TCAMB-OR-024 MAYO/2018



HOJA DE INSPECCIÓN

CATEGORÍA III

SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PUERTO RICO

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Sec. 13.06 R.9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

1.	FECH	A DE LA I	NSPECCIÓ	N				2. NÚMERO DE INSPECCIÓN				
	D	ía:	/ Mes:_	/	′ Año:		/					
3.	LUGA	R DE LA I	INSPECCIÓ	N				4.	NÚMERO D	E AUTOF	RIZACIÓN	
_	NEO		DEL VELI			_			TCAMB -			
5.			DEL VEHI	CULO INSPECCIONADO	MODE	1.0.				A ÑO:		
	MAR	RO DE TA	A DI II I A		MODE	LO:	CEDIE.			AÑO:		
		RO DE M				F	SERIE: FECHA DE	Día	/ Mass		/ ^~~:	
6.			CONCESIO	NA PIO:		VENC	CIMIENTO:	Dia:	/ Mes:		_/ Ano:	
о.	NOME	BRE DEL	CONCESIO	NARIO:								
7.	NOME	BRE DEL F	REPRESEN	TANTE AUTORIZADO:								
8.	DIREC	CCIÓN:	Ι,									1
Dirección Física:												
				Ciudad		Esta	do			Zona Pos	stal	
Dirección Postal:												
				Ciudad		Esta	do			Zona Pos	stal	
Teléfo	no de (Contacto:	/_		_/	_/	//	/				
Celular:////////							/					
Teléfo	no de l	a Oficina:	/_		_/	_/	//	/ Ext.	:			
Núme	ero de F	acsímile:	/_	///	_/	_/	//	/				
Cor	rreo Ele	ectrónico:										
0		gina Web:		LOS SIGUIENTES CRITER	21061							
9.	sí					octar li	mnio					
	SÍ		NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.								
			NO	Altura mínima del compartimiento del paciente deberá ser 60".								
	SÍ		NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.								
	SÍ		NO		División entre el compartimiento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.							
	SÍ		NO	Espacio de separación m	ıínima en	itre can	nillas debe s	er 10"				
	SÍ		NO	Acceso al interior de la a	mbulanc	ia por a	ambos lados	del v	ehículo.			
	SÍ		NO	Invertidor de 12 voltios a	110 AC, p	oor sus	siglas en ing	gles.				
	sí		NO	Radio - Teléfono								
	sí		□ NO Mapas									
	sí		NO	Acondicionador de aire d	deberá es	rá estar funcionando adecuadamente.						
	sí		NO	Tres (3) triángulos reflec (DTOP).	tores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas							
	sí		NO		res de cinco (5) libras, Tipo ABC bicado en el módulo y el otro ubicado en la cabina del operador.							

sí	NO	Letrero de av	viso: "NO FUM	1AR"				
sí	NO	Equipo fijo o inmediato.	portátil y los	materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso de				
sí	NO	ambulancia c	omo en el co	minación suficiente (tanto en el compartimiento del operador de la mpartimiento del paciente) que permita la lectura de expedientes y a su vez permita atender a los lesionados o enfermos en debida forma.				
sí	NO	Lámpara tipo	goose neck.					
sí	NO	600 milímetr	os de mercur	ucción tendrá capacidad de generar una presión de succión mínima de io. Ambos equipos deberán estar acompañados por catéteres de succión ntes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.				
sí	NO	líneas de oxig • Una • Una	geno supleme					
sí	NO	Varios <i>Air W</i>	<i>ay Kits</i> de vía	as de aire orofaríngeos para adultos y niños.				
sí	NO	reguladores o	de presión co	til y sistema de oxígeno fijo o central. Ambos equipos deberán tener n capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El ıl deberá tener un humidificador.				
SÍ	NO	Unidades ada	aptables a los	tubos o líneas de oxígeno.				
sí	NO	2 m2 m2 cá	ascarillas de d ascarillas de d nulas nasales	de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: oxígeno con reservorio "non rebreathing" para pacientes adultos. oxígeno con reservorio "non rebreathing" para pacientes pediátricos. de oxígeno para pacientes adultos. de oxígeno para pacientes pediátricos.				
sí	NO	2 mascarillas	de terapia re	spiratoria para pacientes adultos y pediátricos.				
sí	NO	Estetoscopio						
SÍ	NO	2 esfigmoma	2 esfigmomanómetros. (Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.)					
sí	NO	1 <i>Destrostix</i> o Glucómetro.						
sí	NO	 Equipo de monitor cardíaco portátil el cual deberá incluir lo siguiente: Monitor/desfibrilador manual de transporte: Modelo						
sí	NO			nidades superiores para adultos y niños.				
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"				
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"				
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"				
SÍ	NO	Inmovilizado	res de extrem	nidades inferiores: <i>Traction Splint</i>				
sí	NO	4 collares cer (1) Pequi (1) Media (1) Grand (1) Pediá	eño ano de	os de los siguientes tamaños:				
sí	NO	Camilla de pa	ıla.					
sí	NO	Camilla fija a	la pared de 7	'5"de largo por 21 ½" de ancho.				
sí	NO	Silla plegadiz	a para el mo\	vimiento de pacientes <i>"stair chair</i> "				
sí	NO	1 tabla larga	Long Board	acompañada de 4 correas de seguridad y un inmovilizador de cabeza.				
sí	NO	1 "Kendrick E	Extrication D	evice" (KED).				
sí	NO	1" <i>set</i> " de cor	reas para res	tringir.				
SÍ	NO	Urinales.						
sí	NO	Bed Pans (C	nata).					
SÍ	NO	Depresores o	le lengua.					
sí	NO	Frisas resiste	ntes al fuego.					
sí	NO	Envase para	vomitar <i>Kidn</i>	ey Basin.				
<u> </u>								

□ sí		1 equipo gineco-obstétrico de emergencias " <i>Ob-Kit</i> "						
□ sí	□ NO	2 "kits" o unidades de protección personal. Cada unidad deberá incluir 1 bata desechable, 1 mascarilla desechable, guantes desechables, protección adecuada para los ojos y 1 bolsa especial para desperdicios biomédicos. (Deberá cumplir con las especificaciones de la Agencia Federal OSHA.)						
□ sí	□ NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.						
□ sí	□ NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.						
□ sí	□ NO	2 sabanas estériles desechables para pacientes quemados.						
□ sí	□ NO	Gasas estériles de diversos tamaños.						
□ sí	□ NO	Vendajes elásticos.						
□ sí	□ NO	4 vasos desechables (mínimo).						
□ sí	□ NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.						
□ sí	□ NO	2 botellas de 500 ml de agua estéril para irrigación.						
□ sí	□ NO	Solución normal salina.						
□ sí	□ №	Lactato de Ringer.						
□ sí	□ NO	Catéteres para vejiga urinaria.						
□ sí	□ NO	 "Sets" de administración intravenosa: Cinco (5) macro Cinco (5) micro 						
□ sí	□ NO	20 toallitas con alcohol.						
□ sí	□ NO	Ungüento antiséptico <i>Betadine</i> .						
□ sí	□ NO	Catéteres de succión suaves "french" de diferentes tamaños.						
□ sí	□ NO	1 recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la Agencia Federal OSHA.						
□ sí	□ NO	1 maletín 747 para almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados.						
□ sí	□ NO	 Equipo completo de intubación endotraqueal, el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un (1) "Esophageal Gastric Tube Airway" (EGTA) completo, o su equivalente Pinzas de Magill Lubricante soluble en agua Esparadrapo 						
□ sí	□ NO	Laringoscopio compuesto por: Mango adulto y pediátrico "Blades" curvos y rectos tamaños de 0 al 4 Baterías de repuesto Bombillas de repuesto Estiletes de diferentes tamaños						
□ sí		Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente:						
		☐ SÍ ☐ NO Catéteres o angíos para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24 g-14 g), cuatro (4) c/u.						
		☐ SÍ ☐ NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g-21g), 3 c/u.						
		Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: • 4 de c/u: (1 ml, 3 ml, 10 ml) • 3 de c/u: (30 ml y 50 ml)						
		□ SÍ □ NO 4 torniquetes venosos.						
LOS MEDICAI	MENTOS REQUEF NTO NÚM.6737,	A III DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ RIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE RVICIO PÚBLICO.						
□ sſ	□ NO	Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. • De contestar "SÍ", verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.						
□ sí	□ NO	Se verificaron todos los medicamentos, cantidad y fecha de expiración.						

10. COMENTARIOS:		
	,	
	CERTIFICACIÓ	V
Certifico que he inspeccionado	el vehículo identificado en la	primera página de este formulario de
acuerdo a los requisitos estable	ecidos en la Categoría de la A	mbulancia Tipo III, a tenor con la Ley
Número 225, de 23 de julio de	1974, según enmendada y a	tenor con el Reglamento Núm. 6737,
conocido como "Reglamento p	ara el Servicio de Ambulancia	s en Puerto Rico", de 17 de diciembre
de 2003, del Negociado de Tra	ansporte y otros Servicios Pú	blicos , en sus Artículos 13 y 14.
Nombre del Inspector	Firma	Número de Licencia
Nombre del Concesionario	Firma	Número de Autorización
adi dali dali dali dali dali dali dali	· ··········	



NTSP-INSP-TCAMB-OR-025 JUNIO/2018



HOJA DE INSPECCIÓN

CATEGORÍA III BARIÁTRICAS SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PUERTO RICO

R.9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018 R.6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Sec. 13.06

1.	FECH	A DE LA	INSPECCIÓ	N			2.	NÚMERO D	E INSPEC	CCIÓN
	D	vía:	/ Mes:_		_/ Año:					
3.	LUGA	R DE LA	INSPECCIÓ	ÒN			4.	NÚMERO D		
5.	INFO	RMACIÓN	DEL VEHÍ	CULO INSPECCIONAD	0			TC	AMB	
5	MAR		DEC VEIN	COLO INOI EGGIOTA	MODEL	.O:			AÑO:	
	NÚME	RO DE TA	ABLILLA:			SERIE:				
	NÚME	ERO DE M	ARBETE:			FECHA DE VENCIMIENTO:	Día:	/ Mes:		_/ Año:/
6.	NOME	BRE DEL (CONCESIO	NARIO		VERTOR MERTO.				
7	NOM	DE DEL I	DEDDECEN	TANTE ALITORIZADO			_			
7.	NOME	BRE DEL I	REPRESEN	TANTE AUTORIZADO						
8.	DIREC	CCIÓN								
			<u> </u>							l
	Direcci	ón Física:								
				Ciudad		Estado			Zona Pos	tal
			<u> </u>							
ı	Direccio	ón Postal:								
				Ciudad		Estado			Zona Pos	tal
Teléfo	ono de (Contacto:	/_	////_	/	//	/			
	Celular://////									
Teléfo	Teléfono de la Oficina:////// Ext.:/									
Núme	ero de l	acsímile:	/_		/	//	/			
Co	rreo Ele	ectrónico:								
9.		gina Web:		LOS SIGUIENTES CRIT	TEBIOS:		_		_	
	sí		NO	Interior de la ambuland		estar limpio.				
	sí		NO	Altura mínima del com		·	erá se	r 60".		
	SÍ		NO	Asiento del asistente d						
	sí		NO	División entre el comp	artimiento d	del paciente y el o		·		mita la
	sí		NO	comunicación verbal e Espacio de separación			ser 10"			
	SÍ		NO	Acceso al interior de la	a ambulanci	a por ambos lados	s del v	ehículo.		
	SÍ		NO	Invertidor de 12 voltios	s a 110 AC, p	or sus siglas en in	gles.			
	sí		NO	Radio - Teléfono						
	sí		NO	Mapas						
	sí		NO	Acondicionador de air	e deberá es	tar funcionando a	decua	damente.		
	sí		NO	Seis (6) triángulos refl (DTOP).	ectores de e	emergencia aprob	ados p	oor el Departa	amento de	Obras Públicas
	sí		NO	Dos (2) extintores de r • Uno ubicado		oras, Tipo ABC o y el otro ubicad	o en la	a cabina del o	perador.	
	sí		NO	Aviso: "NO FUMAR"						

	sí		NO	inmed	liato.			materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso de			
	sí		NO	ambul	La unidad deberá tener iluminación suficiente (tanto en el compartimiento del operador de la ambulancia como en el compartimiento del paciente) que permita la lectura de expedientes y mapas de tal manera que a su vez permita atender a los lesionados o enfermos en debida forma.						
	sí		NO	Lámpa	ara tipo	god	ose neck.				
	sí		NO	600 m	nilímetr	os de	e mercur	ucción tendrá capacidad de generar una presión de succión mínima de rio. Ambos equipos deberán estar acompañados por catéteres de succión ntes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.			
	sí		NO	,	igeno si Una Una	upler unid de t	mentario lad de ta	citación manual. (Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas y reservorio.) maño para adulto vediátrico veonatal			
	sí		NO	Varios	Varios <i>Air Way Kits</i> de vías de aire orofaríngeos para adultos y niños.						
	sí		NO	regula	dores o	de pr	esión co	til y sistema de oxígeno fijo o central. Ambos equipos deberán tener n capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El al deberá tener un humidificador.			
	sí		NO	Unida	des ada	aptak	oles a los	tubos o líneas de oxígeno.			
	sí		NO	Equip	2 m 2 m 2 cá	ascai ascai inula:	rillas de d rillas de d s nasales	de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: oxígeno con reservorio "non rebreathing" para pacientes adultos. oxígeno con reservorio "non rebreathing" para pacientes pediátricos. de oxígeno para pacientes adultos. de oxígeno para pacientes pediátricos.			
	SÍ		NO	Dos (2	2) masc	arilla	as de tera	apia respiratoria para pacientes adultos y pediátricos.			
	sí		NO	Esteto	oscopio						
	sí		NO	Dos (2	Dos (2) esfigmomanómetros. (Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.)						
	sí		NO	Destr	<i>Destrostix</i> o Glucómetro.						
Equip	Equipo de monitor cardíaco portátil el cual deberá incluir lo siguiente:										
	sí		NO	Monitor/desfibrilador manual de transporte: Modelo Número de Serie							
	sí		NO	Paletas para desfibrilación para pacientes adultos y pediátricos							
	sí		NO	Gelatina " <i>jelly</i> " de conducción							
	sí		NO	Cables de Monitor							
	sí		NO	Nueve	e (9) Ele	ectro	dos				
Inmov	vilizado	res de e	xtremida	des su	perior	es p	ara adu	iltos y niños.			
					sí		NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"			
	Ta	blillas:			sí		NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"			
					sí		NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"			
	sí		NO	Inmov	vilizado:	res d	e extrem	nidades inferiores: <i>Traction Splint</i>			
	sí		NO	(1 (1 (1	o (4) co I) Pequo I) Media I) Grano I) Pediá	eño ano de		ales rígidos de los siguientes tamaños:			
	sí		NO	Camill	la de pa	ala.					
	sí		NO	Camill	la fija a	la pa	ared de 7	75"de largo por 21 ½" de ancho y soporte de más de 500 libras.			
	sí		NO	Silla b	ariátric	a.					
	sí		NO	Silla p	legadiz	a pa	ra el mov	vimiento de pacientes <i>"stair chair</i> "			
	SÍ		NO	Una (1 cabez	-	larga	a " <i>Long</i> ,	Board" acompañada de 4 correas de seguridad y un inmovilizador de			
	sí		NO	Una (1) " <i>Ken</i>	drick	Extrica	tion Device" (KED).			
	sí		NO	Un (1)	" <i>set</i> " d	le co	rreas par	ra restringir.			
					Un (1) "set" de correas para restringir.						
	sí		NO	Urinal	Urinales.						
	sí		NO		es. <i>Pans</i> (Cl	hata)).				

	sí		NO	Frisas resistentes al fuego.				
	sí		NO	Envase para vomitar <i>Kidney Basin</i> .				
	sí		NO	Un (1) equipo gineco-obstétrico de emergencias " <i>Ob-Kit</i> "				
	sí		NO	Transportador bariátrico (manta).				
	SÍ		NO	Dos (2) "kits" o unidades de protección personal. Cada unidad deberá incluir 1 bata desechable, 1 mascarilla desechable, guantes desechables, protección adecuada para los ojos y 1 bolsa especial para desperdicios biomédicos. (Este equipo deberá cumplir con las especificaciones de la Agencia Federal OSHA.)				
	sí		NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.				
	sí		NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.				
	SÍ		NO	Dos (2) sabanas estériles desechables para pacientes quemados.				
	sí		NO	Gasas estériles de diversos tamaños.				
	sí		NO	Vendajes elásticos.				
	sí		NO	Vasos desechables (cuatro mínimo).				
	SÍ		NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.				
	sí		NO	Dos (2) botellas de 500 ml de agua estéril para irrigación.				
	sí		NO	Solución normal salina.				
	sí		NO	Lactato de Ringer.				
	sí		NO	Catéteres para vejiga urinaria.				
	sí		NO	"Sets" de administración intravenosa:Cinco (5) macroCinco (5) micro				
	sí		NO	Veinte (20) toallitas con alcohol.				
	SÍ		NO	Ungüento antiséptico <i>Betadine</i> .				
	sí		NO	Catéteres de succión suaves <i>"french"</i> de diferentes tamaños.				
	sí		NO	Recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la Agencia Federal OSHA.				
	sí		NO	Maletín 747 para almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados.				
	sí		NO	 Equipo completo de intubación endotraqueal, el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un (1) "Esophageal Gastric Tube Airway" (EGTA) completo, o su equivalente Pinzas de Magill Lubricante soluble en agua Esparadrapo 				
	sí		NO	Laringoscopio compuesto por: Mango adulto y pediátrico "Blades" curvos y rectos tamaños de 0 al 4 Baterías de repuesto Bombillas de repuesto Estiletes de diferentes tamaños				
Equipo	para a	dministra	r los medio	camentos, el cual deberá contener lo siguiente:				
	sí		NO	Catéteres o angíos para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24 g-14 g). Cuatro (4) c/u.				
	sí		NO	Agujas desechables de diferentes tamaños (18g-21g), 3 c/u.				
	sí		NO	Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: • 4 de c/u: (1 ml, 3 ml, 10 ml) • 3 de c/u: (30 ml y 50 ml)				
	sí		NO	Cuatro (4) torniquetes venosos.				
LOS N	MENT(MENTOS D NÚM.67	REQUERII	II DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ DOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS SEGÚN EL AMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, ÚBLICO.				
	sí		NO	Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. • De contestar "SÍ", verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.				

10.	MENTARIOS			
□ sí		Se verifica	ron todos los medicamentos, cantida	d y fecha de expiración de los mismos.
□ sí		Se verificó	la rampa manual o eléctrica para sop	portar más de 1,500 Lbs., Guinche.
□ sí		Se verifica	ron los guantes de protección para p	ersonal.
			CERTIFICACIÓ	N
Certifico	o que he ins	peccionado el	vehículo identificado en la	primera página de este formulario de
acuerdo	a los requis	sitos estableci	dos en la Ambulancia Bari	átrica, Categoría Tipo III , a tenor con
la Ley N	lúmero 225,	de 23 de julio	o de 1974, según enmendad	da y a tenor con el Reglamento Núm.
6737, c	onocido cor	mo "Reglamer	nto para el Servicio de An	nbulancias en Puerto Rico", de 17 de
diciemb	re de 2003	, del Negoci a	do de Transporte y otro	s Servicios Públicos (NTSP), en sus
Artículo	s 13 y 14.			
	-			
Nor	nbre del Inspect	tor	Firma	Número de Licencia
Nombre del Concesionario			Firma	Número de Autorización



NTSP-INSP-TCAMB-OR-026 MAYO/2018



HOJA DE INSPECCIÓN

CATEGORÍA IV -AÉREAS

SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PUERTO RICO

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Sec. 13.06 R. CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

1.	FECH	A DE LA I	NSPECCIÓI	N			2.	NÚMERO DE IN	ISPECCIÓN:	
	Día	n:	_/ Mes:		/ Año:					
3.	LUGA	R DE LA I	NSPECCIÓI	Ν			4.	NÚMERO DE AL	UTORIZACIÓN:	
5.	NOME	BRE DEL C	CONCESION	NARIC						
6.	NOME	RPE DEL P	ROPIETAR		DIRECTOR					
0.	NOME		KOI IETAK		SINECTOR					
7.	DIREC	CCIÓN								
			I							
	Direcci	ón Física:								
				Ciuda	t l	Estado		Zo	na Postal	
			1							
	Direccio	ón Postal:	i							
		on r ootan	L	 Ciudad	1	Estado		70	na Postal	
				Cludat		LStado			na rostai	
Teléfo	no de (Contacto:	/	_/		//	_/			
Número de Celular://			_/		//	_/				
Teléfono de la Oficina:/			/	_/	///-	//	/ Ex	t.:	J	
Facsímile:/			/_	_/	///	//	/			
Correo Electrónico:										
		ina WEB:								
8.	AERE	ONAVE IN	ISPECCION					450		
NÚM	FRO DI	F COLA O	MODEL MATRÍCUL					AÑO:		
			ARTHINES							
		NÚME	RO DE SER	RIE:						
			COL	DE:						
			ENERATE N							
9.		JLANCIA A	AÉREA (IV)	CUM	PLE CON LOS CRITERIOS S	SIGUIENTES:				
	sí		NO		or de la ambulancia deberá e	<u> </u>				
	sí		NO	más	cio amplio para permitir la er de 10° con relación al eje late	eral.			· 	
	sí		NO	dono	or será lo suficiente espacio: e será atendido el paciente d	durante el vuelo			l equipo médico en el área	
	sí		NO	Equipo de comunicación aprobado por la Agencia Federal de Aviación. • En el caso de las ambulancias de ala rotatoria, el equipo de comunicación debe permitir la						
				Amh	comunicación entre el pe ulancias de alas rotarias: la a					
		NO	pode	r de iluminación mínimo de 4	400,000' cande	ela a 20	O' de distancia. L	a luz de búsqueda deberá		
					separada del sistema de ilu almente y que pueda ser con				idad de rotar 180° grados	
	sí		NO		nación en el área del pacient	<u> </u>				
				direc certif	Camilla con dos correas de seguridad, la cual deberá estar aprobada por la F.A.A., y fijada directamente al cuerpo de la nave "Airframe", con puntos de unión aprobados a través de un certificado de tipo suplementario "Supplemental Type Certificate, S.T.C." o la "F.A.A. Major					
				Maintenance and Alterations Repair Form 337". Estos certificados (formas) deberán incluir el tipo de nave autorizada.						

sí	NO		" <i>headsets"</i> de r nal médico.	adio-comunicacion que permitan comunicacion constante entre el piloto					
sí	NO	Equipo de	oximetría de pu	lso.					
sí	NO	Monitor no	o invasivo de pre	esión arterial, adaptable a pacientes adultos y pediátricos.					
sí	NO			capasos externo y desfibrilador; además con capacidad para realizar un .) completo de doce (12) "leads" (conectores de cables).					
sí	NO	Ventilador	mecánico portá	itil diseñado para transporte.					
sí	NO	Incubador	a de transporte.						
sí	NO	Tubos nas	ogástricos de di	ferentes tamaños.					
sí	NO	Bomba de	infusión de líqu	ido intravenoso.					
sí	NO	Estetoscopio.							
sí	NO	• (nomanómetros. Ino para pacient Ino para pacient						
sí	NO	oxigeno su	uplementario y r Ina unidad de ta						
sí	NO	Equipo "se	ets" de vías de ai	res orofaríngeos para adultos y niños, " <i>Air Way Kits</i> "					
sí	NO	con capac		il y fijo (central). Ambos equipos deberán tener reguladores de presión istrar hasta quince litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno imidificador.					
sí	NO	Unidades	adaptables a los	tubos o líneas de oxígeno.					
sí	NO	 Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: Dos mascarillas de oxígeno con reservorio "non-re breathing" para pacientes adultos. Dos mascarillas de oxígeno con reservorio "non-re breathing" para pacientes pediátricos. Dos cánulas nasales de oxígeno para pacientes adultos. Dos cánulas nasales de oxígeno para pacientes pediátricos. 							
sí	NO	Dos mascarillas de terapia respiratoria para pacientes adultos y pediátricos.							
sí	NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños. Tablillas:							
		□ sí	□ №	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"					
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"					
		□ sí	□ NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"					
sí	NO	Deberá es	tar provista de i	nmovilizadores de extremidades inferiores: " <i>Traction Splint</i> "					
sí	NO	Uno F Uno N Uno G	lares cervicales Pequeño Mediano Grande Pediátrico	rígidos de los siguientes tamaños:					
sí	NO	600 ml. de	e mercurio. (Am	cción con la capacidad de generar una presión de succión mínima de bos equipos deberán estar acompañados por catéteres de succión rentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos).					
SÍ	NO	Una tabla cabeza.	larga " <i>Long Boa</i>	ard' acompañada de cuatro correas de seguridad y un inmovilizador de					
sí	NO	Un " <i>Kendi</i>	rick Extrication	Device" (KED).					
sí	NO	Un conjun	to de correas pa	ra restringir.					
sí	NO	Urinales.							
sí	NO	" <i>Bed Pans</i> " (Chata).							
			s'' (Chata).						
sí	NO	"Bed Pans	s" (Chata).						
sí sí	NO NO	"Bed Pans Depresore		10.					
		"Bed Pans Depresore Una frisa r	s de lengua.						
sí	NO	"Bed Pans Depresore Una frisa r Envase pa	s de lengua. esistente al fueg ra vomitar " <i>Kidi</i> "						
sí sí	NO NO	"Bed Pans Depresore Una frisa r Envase pa Un equipo Dos "kits" desechabl	s de lengua. esistente al fueg ra vomitar " <i>Kidi</i> gineco-obstétri de protección p e, guantes desec	ney Basin".					
sí sí	NO NO	"Bed Pans Depresore Una frisa r Envase pa Un equipo Dos "kits" desechabl desperdici	s de lengua. esistente al fueg ra vomitar " <i>Kidi</i> gineco-obstétri de protección p e, guantes desec os biomédicos.	ney Basin". co de emergencias "Ob-Kit" ersonal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla chables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para					

Sf	□ sí			NO	Vendajes	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.						
Sf	□ sí			NO	Dos saba	Dos sabanas estériles desechables para pacientes quemados.						
Sí	□ sí			NO	Gasas es	Gasas estériles de diversos tamaños.						
SI	□ sí			NO	Vendajes	Vendajes elásticos.						
SI NO Solución salina (normal). SI NO Solución salina (normal). SI NO Lactato de "Ringer". SI NO Catéteres para vejiga urinaria. "Dextrosth" o Glucómetro. "Dextrosth" o Glucómetro. "Dextrosth" o Glucómetro. "Controsta de "Ringer". SI NO Catéteres para vejiga urinaria. "Dextrosth" o Glucómetro. "Controsta de "Ringer". SI NO Veinte toalitlas con alcohol. SI NO Ungüento antiséptico "Betadine". SI NO Un maletin 74 para el almaecaamiento de farmacos y materiales médicos relacionados. Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir io siguiente: "Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños. 30 mm hasta 90 mm. "Un "Espandargapo. "Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir io siguiente: "Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños. 30 mm hasta 90 mm. "Un "Espandargapo. "Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir io siguiente: "Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir io siguiente: "Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá contenerio siguiente: "Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá contenerio siguiente: "Espandargapo. "Espandargapo. "Espandargapo. "Mango adulto y podiátrico "Baterias do repuesto "Baterias do repuesto "Baterias do repuesto "Baterias do repuesto "Baterias de r	□ sí			NO	Cuatro v	asos d	esec	hables	mínimo.			
SI NO Solucion salina (normali). SI NO Lactato de "Ringer". SI NO Catéteres para vejiga urinaria. "Dextrostix" o Glucometro. "Dextrostix" o Glucometro. "Dextrostix" o Glucometro. "Con Macro • Cinco micro • Cinco • Cin	□ sí			NO	Guantes	desecl	hable	es de di	iferentes tamaños.			
SÍ NO Lactato de "Ringer": SÍ NO Catéteres para vejiga urinaria. "Dextrosthr" o Glucómetro. Equipo de administración intravenosa: Cinco Miscro SÍ NO Veinte toalitas con al cohol. SÍ NO Ungüento antiséptico "Betadine". SÍ NO Un recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la agéncia Pederal OSHA. SÍ NO Un maletin 747 para el almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados. Un requipo completo de intuabación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un respipageal Gastric Tub Airvey" (EGTA) completo, o su equivalente. Pinzas 'magil" Lubricante soluble en agua. Esparadrapo. Laringoscopio compuesto por: Mago adulto y pediárrico Bataria de repuesto Estiletas de diferentes tamaños. Cuatro torniquetes venosos. SÍ NO Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente: SÍ NO Aguias desechables de diferentes tamaños: SÍ NO Aguias desechables de diferentes tamaños: SÍ NO Aguias desechables de diferentes tamaños: Toda unidoa De Categoria IV Deberá Contar Con UN SISTEMA a Decuado De Controlles Y COMO Minimo Tendrá Los MEDICAMENTO NUM.6737, "ReGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 De DICIEMBRE DE Course on ejido para la debido verificación y aprobación. Decumento anejado.	□ sí			NO	Dos bote	ellas de	500) cc de	agua estéril para irrigación.			
SI NO Catéteres para vejiga urinaria. Dextrosthr' o Slucômetro.	□ sí			NO	Solución	salina	(nor	rmal).				
"Dextrostix" o Glucometro. Equipo de administración intravenosa:	□ sí			NO	Lactato	de <i>"Ri</i>	ingel	r".				
Si	□ sí			NO	Catétere	s para	vejiç	ga urina	nria.			
Sf NO Veinte toallitas con alcohol. Sf NO Veinte toallitas con alcohol. Sf NO Ungüento antiséptico "Betadine". Sf NO Ungüento antiséptico "Betadine". Sf NO Un recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la agencia Federal OSHA. Sf NO Un maletín 747 para el almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados. Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un "Esophageal Gastric Tub Almay" (EGTA) completo, o su equivalente. Pinzas "magil" Lubricante soluble en agua. Esparadrapo. Pinzas "magil" Lubricante soluble en agua. Esparadrapo. Baterias de repuesto Baterias de repuesto Baterias de repuesto Estiletes de diferentes tamaños. Cuatro torniquetes venosos. Sf NO Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente: Sf NO Aguis desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Jefinguillas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Jefinguillas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Jefinguillas desechables de los siguientes tamaños: Cuatro: (1cc., 3cc, 10 cc) Sf NO Cuatro: torniquetes venosos. Cuatro: (1cc., 3cc, 10 cc) Sf NO Cuatro: torniquetes venosos. Cuatro: (1cc., 3cc, 10 cc) Toda UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REGUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NŮM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida documento anejado.					"Dextros	stix" o	Gluc	ómetro).			
SÍ NO Ungüento antiséptico "Betadine": SÍ NO Catéteres de succión suaves "french" de diferentes tamaños. SÍ NO Un maletín 747 para el almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados. Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un respisado en que cumpla con los requisitos establecidos por la agencia Federal OSHA. Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: No mango adulto y pediátrico Baterias de repuesto Baterias de repuesto Baterias de repuesto Baterias de repuesto Baterias de diferentes tamaños. Cuatro torniquetes venosos. Cuatro torniquetes venosos. SÍ NO Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente: SÍ NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 2/g), 3 c/u. SÍ NO Agujas desechables de diferentes tamaños: SÍ NO Agujas desechables de diferentes tamaños: SÍ NO Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) De Agujas desechables de diferentes tamaños: Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) De Control para el médicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "Si' verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.	□ sí			NO	Equipo d	Cinco	Мас	ro	ntravenosa:			
Sí NO Catéteres de succión suaves "french" de diferentes tamaños. Sí NO Un recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la agencia Federal OSHA. Un recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la agencia Federal OSHA. Un requipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir los iguientes: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un "Esophageal Gastric Tub Alrway" (EGTA) completo, o su equivalente. Pinzas" magnili Lubricante soluble en agua. Esparadrapo. Mango adulto y pediátrico "Blades" curvos y rectos tamaños de cero al cuatro. Baterias de repuesto Baterias de repuesto Estiletes de diferentes tamaños. Cuatro torniquetes venosos. Sí NO Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente: Sí NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Sí NO Agujas desechables de los siguientes tamaños: Cuatro: (Cic. 3cc. 10 cc) Toda UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. • De contestar "Si' verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.	□ sí			NO	Veinte to	oallitas	con	alcoho	l.			
Sf	□ sí			NO	Ungüent	o antis	éptio	co " <i>Bet</i>	tadine".			
sf	□ sí			NO	Catétere	s de su	uccić	n suave	es " <i>french</i> " de diferentes tamaños.			
Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un "Esophageal Gastric Tub Airway" (EGTA) completo, o su equivalente. Pinzas "magill" Lubricante soluble en agua. Esparadrapo. Laringoscopio compuesto por: Mango adulto y pediátrico "Blades" curvos y rectos tamaños de cero al cuatro. Baterias de repuesto Baterias de repu	□ sí			NO								
Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un "Esophageal Gastric Tub Alrway" (EGTA) completo, o su equivalente. Pinzas "magill"	□ sí			NO	Un malet	Un maletín 747 para el almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados.						
Laringoscopio compuesto por: Mango adulto y pediátrico Baterias de repuesto Bombillas de repuesto Estiletes de diferentes tamaños. Cuatro torniquetes venosos. Sí NO Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente: Sí NO Catéteres o angios para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24g-14g), 4 c/u. Sí NO Agujas desechables de diferentes tamaños: Sí NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Sí NO Cuatro (10c. 3c., 10 cc) Sí NO Cuatro torniquetes venosos. TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "Sí" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.	□ sí			NO	 Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. Un "<i>Esophageal Gastric Tub Airway</i>" (EGTA) completo, o su equivalente. Pinzas "<i>magill</i>" 							
SÍ NO Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente: SÍ NO Catéteres o angios para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24g-14g), 4 c/u. SÍ NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. SÍ NO Agujas desechables de los siguientes tamaños: SÍ NO Equitro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) SÍ NO Cuatro torniquetes venosos. TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). NO Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "Sí" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.	□ sſ			NO	Laringos	copio Mango " <i>Blad</i> o Baterí Bomb	com o adu es " c as de illas	puesto ulto y p curvos y e repue de repu	ediátrico v rectos tamaños de cero al cuatro. esto uesto			
SÍ NO Catéteres o angios para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24g-14g), 4 c/u. SÍ NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: SÍ NO Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) SÍ NO Cuatro torniquetes venosos. TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "SÍ" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.					Cuatro to	ornique	etes	venoso	S.			
SÍ NO tamaños (24g-14g), 4 c/u. SÍ NO Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u. Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: SÍ NO Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) SÍ NO Cuatro torniquetes venosos. TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "SÍ" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.	□ sí			NO	Equipo p	ara ad	lmini	strar lo	s medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente:			
Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) SÍ NO Cuatro torniquetes venosos. TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "SÍ" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.					□ s	í		NO				
SÍ NO Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc) Tres: (30 cc y 50 cc) NO Cuatro torniquetes venosos. TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "Sí" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.					□ s	í		NO	Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u.			
TODA UNIDAD DE CATEGORIA IV DEBERÁ CONTAR CON UN SISTEMA ADECUADO DE CONTROLES Y COMO MÍNIMO TENDRÁ LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. De contestar "Sí" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.					□ s	ſ		NO	• Cuatro: (1cc. 3cc, 10 cc)			
LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO CONTROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DEL NEGOCIADO DE TRANSPORTE Y OTROS SERVICIOS PÚBLICOS (NTSP). Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. • De contestar "SÍ" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.					□ s	í		NO	Cuatro torniquetes venosos.			
□ SÍ □ NO verificación y aprobación. • De contestar "SÍ" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.	LOS MEDIO	CAME MEN ^T	ENTOS R TO NÚM	EQUERIDO .6737, "RE	OS POR EL	MÉDI TO PA	ICO RA I	CONTR	ROL, DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS MÉDICAS Y APROBADOS POR RVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE			
Sí NO Se verificaron todos los medicamentos, cantidad y fecha de expiración.	□ sí			NO	verificación y aprobación. • De contestar "SÍ" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el							
	□ sí			NO	Se verific	caron t	odos	s los me	edicamentos, cantidad y fecha de expiración.			

10.	COMENTARIOS:		
		CERTIFICACIÓN	
Certi	fico que he inspeccionado la	a unidad identificada en la prii	mera página de este formulario de
acue	rdo a los requisitos establec	idos en la Categoría de la Am	ibulancia Tipo IV para el Servicio
			ulio de 1974, según enmendada y a
teno	con el Reglamento Núm. 67	37, conocido como " <i>Reglamer</i>	nto para el Servicio de Ambulancias
en P	<i>uerto Rico</i> ", de 17 de diciem	nbre de 2003, del Negociado	de Transporte y otros Servicios
Públ	icos (NTSP), en sus Artículos	s 13 y 14.	
	Nombre del Inspector	Firma	Número de Licencia
	Nombre del Concesionario	Firma	Número de Autorización



FECHA DE LA INSPECCIÓN

NOMBRE DEL CONCESIONARIO

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos

de

de



CERTIFICACIÓN DE INSPECCIÓN POR UNIDAD

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, Art. 13 y 14 R. 9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

NÚMERO DE TABLILLA

MARCA

NOMBRE COMERCIAL	****		MODELO Y AÑO				
REGISTRACIÓN DEL VEHÍCULO		THE SECOND	NÚMERO DE SERIE (VIN)			
DIRECCIÓN DEL DESPACHO Y/O FACILIDADES			TELÉFO	ONO////			
r+1		+	CELU	LAR///			
		B	CORREO ELECTRÓN	IICO			
NÚMERO DE AUTORIZACIÓN TCAMB-		4	FECHA DE VIGEN	NCIA			
HORA QUE INICIÓ LA INSPECCIÓI	MAM _	PM	HORA QUE TERMINÓ	АМРМ			
CERTIFICACIÓN Certifico haber realizado la inspección reglamentaria en conformidad con la Ley Núm. 225, de 25 de julio de 1974, y en cumplimiento de su respectivo Reglamentaria que así conste, firmo este documento, hoy de En de Puerto Rico.							
Nombre del Agente de Orden Público NTSP Puesto			que Ocupa	Núme	Número de Placa		
Nombre del Agente de Orden Público NTSP Puesto que Ocupa Número de Placa							
Edif. Dr. Cruz A. Matos, Carretera PR- 8838, Km. 6.3, Sector El Cinco, Río Piedras, PR, 00926 Tel: (787) 756-1919 / Fax: (787) 300-6380 P.O. Box 190870, San Juan, P.R., 00919-0870 www.csp.gobierno.pr							



NSTP-CID-TCAMB-OR-019 MAYO/2018



CERTIFICACIÓN DE INSPECCIÓN EN EL DESPACHO Y/O FACILIDADES

SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO

R. 6737, Reglamento para el Servicio de Ambulancias en Puerto Rico, Art. 13 y 14 R. 9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

		1000						
FECHA DE LA INSPECCIÓN	de		de Company	AT .				
NOMBRE DEL CONCESIONARIO				NÚMERO DE AUTORIZACIÓN				
NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE COMERCIAL							
DIRECCIÓN DEL DESPACHO Y/O FACILIDADES			TELÉFONO		/ -			
			CELULAR		/ - <u>_</u> //_/			
	H	-	CORREO ELECTRÓNICO					
LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA INSPECCIÓN								
Horas de Inspección	(X) Total de Inspectores	(=) Total horas a Facturar		(X) Tarifa (\$50.00)	(=) Total a Pagar			
HORA QUE INICIÓ LA INSPECCIÓNAMPM HORA QUE TERMINÓ LA INSPECCIÓNAMPM								
CERTIFICACIÓN								
Certifico haber realizado la inspe <mark>cción</mark> reglamentaria en confo <mark>rmid</mark> ad con la Ley Núm. 22 <mark>5, de 25 de j</mark> ulio de 1974, y en cumpli <mark>mie</mark> nto de su respectivo Reglamento.								
Para que así conste, firmo este documento, hoy de de En de Puerto Rico.								
Nombre del Agente de Orden Pú	Nombre del Agente de Orden Público NTSP Puesto que Ocupa		Número de Placa					
Nombre del Agente de Orden Pú	blico NTSP		Puesto que Ocupa	Número de Placa				
Edif. Dr. Cruz A. Matos. Carretera PR- 8838. Km. 6.3. Sector El Cinco. Río Piedras. PR. 00926 P.O. Box 190870. San Juan. P.R. 00919-0870								



NTSP-HEIDA-TCAMB-OR-020 Mayo/2018



HOJA DE EVALUACIÓN E INSPECCIÓN

DESPACHOS DE AMBULANCIAS

R. 6737, REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO, Art. 13 Y 14 R. 9020, CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO, 5 de abril de 2018

													_
1.	FECHA DE LA I	NSPECCIÓ	ĎN					2.	NÚMEF	RO DE INSI	PECCIÓN:		
	Día:	_/ Mes:			/ Año	o:	_/						
3.	INFORMACIÓN	DEL CON	CESIONARI	0									
	Nombre del	1											
	Concesionario:		Apellido Pa	terno	Аре	ellido Matern	0	Non	nbre		Inicial		
Nombre del Representante Autorizado:		1										ı	
			Apellido Pa	terno	Аре	ellido Matern	0	Non			Inicial		
Licen	cia de Conducir:			(Categoría:			Fec Vencim	ha de iento:	/	/. Mes	/ Año	
Dirección Residencial:	1				<u>'</u>								
	ción Residencial:												
		Ciudad			Estado				Zona	Postal			
		1											_
	Dirección Postal:												
			Ciudad			Estado				Zona	Postal		
- 146													_
Telef	ono Residencial:	_/	<u> </u>	_/	//	<i></i>	_/_	Númei	ro de Au	ıtorización	n:		
Teléfo	no de la Oficina:	/		_/	//	//	_/		Ca	itegoría(s)):		
Cor	reo Electrónico:							Fech	na de Ve	encimiento) :		
4.	INFORMACIÓN	DE LA EN	ITIDAD										
	Tipo de	entidad:		□ F	PRIVADA	□ AG	SENCIA	ESTAT	AL	□м	IUNICIPAL		
	Nombre de la C												
	Nombre de la C	compañía guradora:											
Número de Póliza de Seguro:								Tipo	de Cubiert	:a:		_	
	Fecha de Ex	piración:	Día:/	Mes:_		/ Año:		Ca		le Unidade			_
5.	DESPACHO/OF	ICINA											
Lis	ta de Empleados	de Turno			□ sí						NO		
Registro de Llamadas		□ sí			□ NO								
	Programa	de Turno			□ sí						NO		
	Mapa del Área de	e Trabajo			□ sí						NO		
6.	SISTEMA DE CO		CIONES:										
		Radio:											
		Marca:											
		Modelo:											_
	Dannal	Serie:											
	Permi	TX:							RX:				_
	Tipo de	Antena:							KA.				_
7.	COMENTARIOS												
		•											
													_
													_
													_
													_
													_
												_	_
Nombre del Inspector		Firma				Número de Licencia							