



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*.

LD

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
2. 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 Querrela
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

CA

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 tabllas 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 fabricante 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.

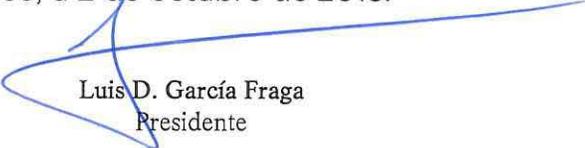
I. NOTIFICACIÓN.

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
Presidente

CERTIFICACIÓN

CERTIFICO que hoy, OCT 02 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.



Wanda E. Rodríguez Quiñones
Wanda E. Rodríguez Quiñones
Secretaria

ANEJOS



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

PERSONA NATURAL

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. TIPO DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN			
4. TIPO DE FRANQUICIA SOLICITADA			
5. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO			
Nombre del Peticionario:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:	_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento:	_____ Día	_____ Mes	_____ Año
Dirección Residencial:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Número de Facsímile:	(____) _____ - _____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:			Número de Autorización:
6. NOMBRE COMERCIAL			
7. DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL			
_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			
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			

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONA NATURAL

Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, de profesión _____ y vecino(a) de la ciudad de _____, Puerto Rico, **CERTIFICO Y JURAMENTO** que no he sido convicto(a), ni he sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** en mi carácter personal o como miembro de la Junta de alguna entidad jurídica. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos**, de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Peticionario

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

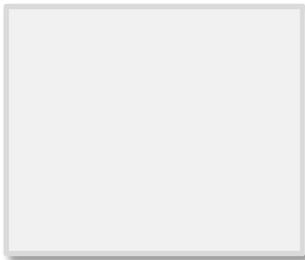


Sello Notarial

Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre en Letra de Molde del Funcionario Autorizado (Si aplica)

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. TIPO DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
4. TIPO DE FRANQUICIA SOLICITADA			
5. TIPO DE PERSONA JURÍDICA			
<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN			
<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)			
6. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
Nombre de la Entidad:	_____		
Número de Seguro Social Patronal:	- -		
Dirección Física:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.: _____	Celular (____) _____ - _____
Número de Facsímile:	(____) _____ - _____		
Correo Electrónico:	_____		
Página Web:	_____		
7. NOMBRE COMERCIAL			

8. INFORMACIÓN DEL AGENTE RESIDENTE			
Nombre del Agente Residente:	_____		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Inicial
Número de Seguro Social:	- -		
Fecha de Nacimiento:	Día _____	Mes _____	Año _____
Dirección Residencial:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____

Teléfono del Trabajo:	() - Ext.:								
Correo Electrónico:									
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:		/ /		Día Mes Año			
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.									
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
Tipo de Autorización:					Número de Autorización:				
9. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO									
Nombre del Representante Autorizado:	 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial								
Número de Seguro Social:			-			-			
Fecha de Nacimiento:	Día: _____			Mes: _____			Año: _____		
Dirección Residencial:	 Ciudad Estado Zona Postal								
Dirección Postal:	 Ciudad Estado Zona Postal								
Teléfono Residencial:	() - _____				Celular:	() - _____			
Teléfono de la Oficina:	() - _____ Ext.: _____								
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:		/ /		Día Mes Año			
Correo Electrónico:									
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.									
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
Tipo de Autorización:					Número de Autorización:				
10. COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES									
POSICIÓN	NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
Presidente									
Vicepresidente									
Tesorero									
Secretario									
11. INFORMACIÓN DEL PRESIDENTE									
Nombre del Presidente:	 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial								
Número de Seguro Social:			-			-			
Fecha de Nacimiento:	Día _____			Mes _____			Año _____		
Dirección Residencial:	 Ciudad Estado Zona Postal								
Dirección Postal:	 Ciudad Estado Zona Postal								
Teléfono Residencial:	() - _____				Celular:	() - _____			
Teléfono de la Oficina:	() - _____ Ext.: _____								
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:		/ /		Día Mes Año			
Correo Electrónico:									

Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.																											
<input type="checkbox"/> SÍ					<input type="checkbox"/> NO																						
Tipo de Autorización:					Número de Autorización:																						
12. INFORMACIÓN DEL VICEPRESIDENTE																											
Nombre del Vicepresidente:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 15%;">Nombre</td> <td style="width: 19%;">Inicial</td> </tr> </table>									Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial														
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial																								
Número de Seguro Social:			-				-																				
Fecha de Nacimiento:	Día _____			Mes _____			Año _____																				
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="3">Zona Postal</td> </tr> </table>									_____			_____			_____			Ciudad			Estado			Zona Postal		
_____			_____			_____																					
Ciudad			Estado			Zona Postal																					
Dirección Postal:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="3">Zona Postal</td> </tr> </table>									_____			_____			_____			Ciudad			Estado			Zona Postal		
_____			_____			_____																					
Ciudad			Estado			Zona Postal																					
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____				Celular	(____) _____ - _____																					
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____				Ext.: _____																						
Licencia de Conducir:			Categoría:				Fecha de Vencimiento:		____/____/____																		
Día Mes Año																											
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.																											
<input type="checkbox"/> SÍ					<input type="checkbox"/> NO																						
Tipo de Autorización:					Número de Autorización:																						
13. INFORMACIÓN DEL TESORERO																											
Nombre del Tesorero:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 15%;">Nombre</td> <td style="width: 19%;">Inicial</td> </tr> </table>									Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial														
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial																								
Número de Seguro Social:			-				-																				
Fecha de Nacimiento:	Día: _____			Mes: _____			Año: _____																				
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="3">Zona Postal</td> </tr> </table>									_____			_____			_____			Ciudad			Estado			Zona Postal		
_____			_____			_____																					
Ciudad			Estado			Zona Postal																					
Dirección Postal:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="3">Zona Postal</td> </tr> </table>									_____			_____			_____			Ciudad			Estado			Zona Postal		
_____			_____			_____																					
Ciudad			Estado			Zona Postal																					
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____				Celular:	(____) _____ - _____																					
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____				Ext.: _____																						
Licencia de Conducir:			Categoría:				Fecha de Vencimiento:		____/____/____																		
Día Mes Año																											
Correo Electrónico:	_____																										
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.																											
<input type="checkbox"/> SÍ					<input type="checkbox"/> NO																						
Tipo de Autorización:					Número de Autorización:																						
14. INFORMACIÓN DEL SECRETARIO																											
Nombre del Secretario:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 15%;">Nombre</td> <td style="width: 19%;">Inicial</td> </tr> </table>									Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial														
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial																								
Número de Seguro Social:			-				-																				
Fecha de Nacimiento:	Día: _____			Mes _____			Año: _____																				
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="3">Zona Postal</td> </tr> </table>									_____			_____			_____			Ciudad			Estado			Zona Postal		
_____			_____			_____																					
Ciudad			Estado			Zona Postal																					

Dirección Postal:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Ciudad	Estado	Zona Postal		
Teléfono Residencial:	() -	Celular:	() -		
Teléfono de la Oficina:	() -	Ext.: _____			
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	/ /		
			Día	Mes	Año
Correo Electrónico:	<input type="text"/>				
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.					
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Tipo de Autorización:			Número de Autorización:		
15.	DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Ciudad	Estado	Zona Postal		
16.	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	
17.	INVENTARIO DETALLADO DE LOS VEHÍCULOS				
	Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente:				
	<ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 				
18.	DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS VEHÍCULOS AUTORIZADOS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.				
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Ciudad	Estado	Zona Postal		
19.	INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD				
	¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?				
	<input type="checkbox"/> Directos _____		<input type="checkbox"/> Indirectos _____		
20.	INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL				
¿El peticionario o algún miembro de la Junta es actualmente empleado del gobierno?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL		
Si su respuesta es afirmativa indique el nombre de la entidad gubernamental.	<input type="text"/>				
PREGUNTAS		Número de Autorización	Fecha de Expedición		
			Día	Mes	Año
¿El peticionario o algún miembro de la Junta ha cancelado anteriormente alguna autorización con el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿El peticionario o algún miembro de la Junta posee actualmente una autorización con el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

Sec. 3.19 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD COMO CORPORACIÓN Y COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Favor de 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.	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.	<p>Recibo de Pago del Arancel (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud nueva \$ _____ • Renovación de Autorización \$ _____ • Permiso Provisional \$200.00 <p>Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan unidades exclusivamente de menor cabida</p>	

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD 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 JURAMENTO que ni el que suscribe, ni la entidad peticionaria, ni ningún presidente, vicepresidente, director, director ejecutivo, agente residente o miembro de una junta de oficiales o junta de directores, o personas que desempeñen funciones equivalentes para la entidad peticionaria, hemos sido convictos, ni hemos sido declarados culpable, ya sea como autor o cooperador, en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

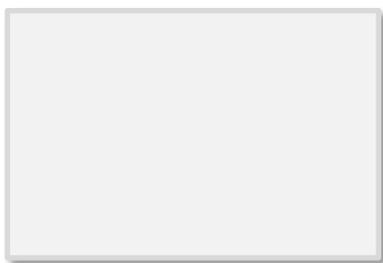
CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos en mi carácter personal o como miembro de la Junta de alguna entidad jurídica, ni a ningún miembro de la organización. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos, de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Presidente o su Representante Autorizado

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

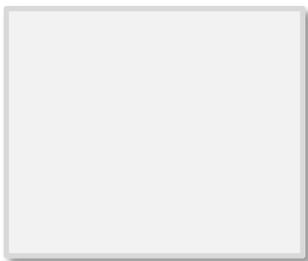


Sello Notarial

Firma del Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Nombre en Letra de Molde del Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado

Sello del Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. TIPO DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN			
4. TIPO DE FRANQUICIA SOLICITADA			
5. TIPO DE PERSONA JURÍDICA			
<input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN		<input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SINDICATO	
<input type="checkbox"/> HERMANDAD <input type="checkbox"/> OTRA _____			
6. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN			
Nombre de la Organización:			
Número de Seguro Social Patronal:		-	
Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
	Celular:	(____) _____ - _____	
Número de Facsímile:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Correo Electrónico:			
Página Web:			
Especifique si la entidad ostenta alguna autorización conferida por el Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos .			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:			Número de Autorización:
7. NOMBRE COMERCIAL			
8. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO			
Nombre del Representante Autorizado:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:		-	
Fecha de Nacimiento:	_____	_____	_____
	Día	Mes	Año
Dirección Residencial:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Correo Electrónico:			
Licencia de Conducir:	Categoría:		Fecha de Vencimiento: _____ / _____ / _____
			Día Mes Año

9. INFORMACIÓN DEL SOCIO O PERSONA A QUIEN SE ENCOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN														
Nombre:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%;">Apellido Materno</td> <td style="width:15%;">Nombre</td> <td style="width:19%;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	() -					Celular:	() -							
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.: _____								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:	/ /									
Correo Electrónico:														
Indicar si es miembro de la Organización:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO													
Especifique si usted ostenta alguna autorización conferida por el Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								
10. COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES														
POSICIÓN (O SU EQUIVALENTE)	NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO							
Presidente														
Vicepresidente														
Tesorero														
Secretario														
11. INFORMACIÓN DEL PRESIDENTE														
Nombre del Presidente:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%;">Apellido Materno</td> <td style="width:15%;">Nombre</td> <td style="width:19%;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	() -					Celular:	() -							
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.: _____								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:	/ /									
Correo Electrónico:														
Especifique si usted ostenta alguna autorización conferida por el Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								

12. INFORMACIÓN DEL VICEPRESIDENTE														
Nombre del Vicepresidente:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="width:20%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width:14%; text-align: center;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Estado</td> <td style="width:34%; text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Estado</td> <td style="width:34%; text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	() -					Celular	() -							
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.:								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:			/	/	/					
Correo Electrónico:														
Especifique si usted ostenta alguna autorización conferida por el Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								
13. INFORMACIÓN DEL TESORERO														
Nombre del Tesorero:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="width:20%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width:14%; text-align: center;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Estado</td> <td style="width:34%; text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Estado</td> <td style="width:34%; text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	() -					Celular:	() -							
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.:								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:			/	/	/					
Correo Electrónico:														
Especifique si usted ostenta alguna autorización conferida por el Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								
14. INFORMACIÓN DEL SECRETARIO														
Nombre del Secretario:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="width:20%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width:14%; text-align: center;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Estado</td> <td style="width:34%; text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align: center;">Estado</td> <td style="width:34%; text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	() -					Celular:	() -							
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.:								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:			/	/	/					
Correo Electrónico:														
Especifique si usted ostenta alguna autorización conferida por el Negociado de Transportación y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								

15. MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN			
NOMBRE	INICIAL	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
16. DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Ciudad	Estado	Zona Postal
17. CERTIFICADO DE PERMISO DE USO			
	Expedido por la Oficina de Gerencia de Permisos o Permisos Municipales Número de Certificado _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año </div>		
18. INVENTARIO DETALLADO DE LOS VEHÍCULOS			
	Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 		
19. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS VEHÍCULOS AUTORIZADOS CUANDO ESTÉN FUERA DE OPERACIÓN O FUERA DE SERVICIO.			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Ciudad	Estado	Zona Postal

Sec. 3.18 - REQUISITOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS QUE COMPONEN LA SOCIEDAD U ORGANIZACIÓN

Favor de 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) <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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 Antecedentes Penales</i> 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. <ul style="list-style-type: none"> En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan 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. <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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. 3.20 REQUISITOS PARA LA ENTIDAD (SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES)

Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.		✓
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) <ul style="list-style-type: none"> Solicitud nueva \$ _____ Renovación de Autorización \$ _____ Permiso Provisional \$200.00 <p>Quedan exentas del pago de este arancel las franquicias que operan exclusivamente unidades de menor cabida.</p>	

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** que no he sido convicto(a), ni he sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

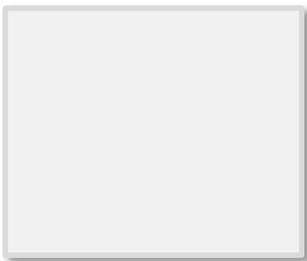
- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

Firma del Administrador de la Organización

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

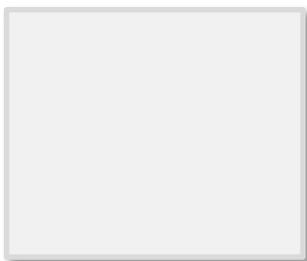


Sello Notarial

Firma del Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre en Letra de Molde del Funcionario
Autorizado (Si aplica)

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



SOLICITUD DE ADICIONAR UNIDADES BAJO UNA AUTORIZACIÓN

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD			
Día: _____ Mes: _____ Año: _____					
3. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN		4. FECHA DE VIGENCIA			
5. UNIDADES AUTORIZADAS					
	Número de Tablilla	Marca	Modelo	Año	Número de Serie (VIN)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
6. UNIDADES POR ADICIONAR					
	Número de Tablilla	Marca	Modelo	Año	Número de Serie (VIN)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
7. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO					
Nombre del Peticionario	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial				
Número de Seguro Social	_____	_____	-	_____	_____
Fecha de Nacimiento	_____		_____		_____
	Día		Mes		Año
Dirección Residencial	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal				
Dirección Postal	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal				
Teléfono Residencial	(____) _____ - _____		Celular:	(____) _____ - _____	
Teléfono de la Oficina	(____) _____ - _____		Ext.: _____		
Número de Facsímil	(____) _____ - _____				
Correo Electrónico	_____				
Página Web	_____				
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año

8.	NOMBRE COMERCIAL		
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: ____/____/____	Día Mes Año
Sec. 3.18 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD			
Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.			✓
1.	Permiso del Vehículo de Motor (Licencia) emitido por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP). Condiciones Especiales: <ul style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> 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 de edad, estado civil _____, de profesión _____ y vecino(a) de la ciudad de _____, Puerto Rico, **CERTIFICO Y JURAMENTO** que no he sido convicto(a), ni he sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

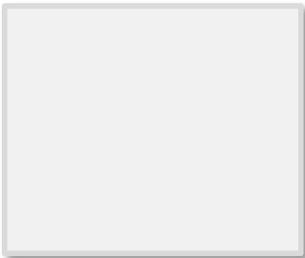
CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** en mi carácter personal o como miembro de la Junta de alguna entidad jurídica. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos**, de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Peticionario

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

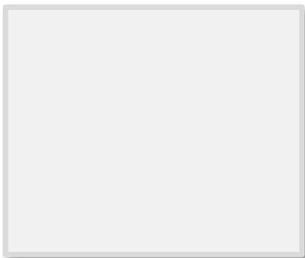


Sello Notarial

Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre en Letra de Molde del Funcionario Autorizado (Si aplica)

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE UNIDAD BAJO UNA AUTORIZACIÓN

SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PÚBLICA

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD			
Día: _____ Mes: _____ Año: _____					
3. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN		4. FECHA DE VIGENCIA			
5. UNIDADES AUTORIZADAS					
	Número de Tablilla	Marca	Modelo	Año	Número de Serie (VIN)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
6. UNIDADES PARA LA SUSTITUCIÓN					
	Número de Tablilla	Marca	Modelo	Año	Número de Serie (VIN)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
7. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO					
Nombre del Peticionario	_____				
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	
Número de Seguro Social			-		
Fecha de Nacimiento	_____		_____		_____
	Día		Mes		Año
Dirección Residencial	_____				

	Ciudad		Estado		Zona Postal
Dirección Postal	_____				

	Ciudad		Estado		Zona Postal
Teléfono Residencial	(____) _____ - _____		Celular:	(____) _____ - _____	
Teléfono de la Oficina	(____) _____ - _____		Ext.: _____		
Número de Facsímile	(____) _____ - _____				
Correo Electrónico	_____				
Página Web	_____				
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:	____/____/____
					Día Mes Año
8. NOMBRE COMERCIAL					

9. DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad Estado Zona Postal </div> </td> </tr> </table>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad Estado Zona Postal </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad Estado Zona Postal </div>				
10. CERTIFICADO DE PERMISO DE USO				
Expedido por la Oficina de Gerencia de Permisos o Permisos Municipales Número de Certificado _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: flex-end; font-size: small; margin-right: 20px;"> Día Mes Año </div>				
Sec. 3.18 - REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD				
Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud. ✓				
1.	Permiso del Vehículo de Motor (Licencia) emitido por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP). Condiciones Especiales: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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, **CERTIFICO Y JURAMENTO** que no he sido convicto(a), ni he sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

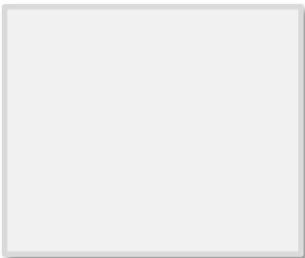
CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** en mi carácter personal o como miembro de la Junta de alguna entidad jurídica. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mí contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos**, de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Peticionario

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

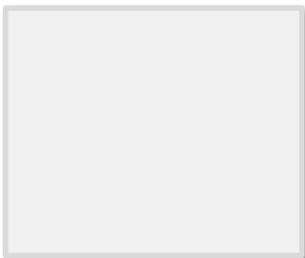


Sello Notarial

Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre en Letra de Molde del Funcionario Autorizado (Si aplica)

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado

14. MULTAS ADMINISTRATIVAS SIN CORREGIR:		
Número de Infracción	Descripción de la Multa	Cuantía
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
MONTO TOTAL:		\$

Nombre del Concesionario

Nombre del Representante Autorizado

Firma del Concesionario
o
Representante Autorizado

CERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN DE RE-INSPECCIÓN POR MULTAS ADMINISTRATIVAS

CERTIFICO el haber inspeccionado el referido vehículo y hago constar que las violaciones encontradas fueron corregidas dentro del término de quince (15) días posteriores a la fecha de notificación de la multa administrativa, en conformidad a la Carta Circular IX-2018, "*Certificación de Re-Inspección por Multas Administrativas*".

Nombre del Inspector(a)

Número de Placa

Firma del Inspector(a)

Nombre del Supervisor(a)

Firma del 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. FECHA DE PRESENTACIÓN		2. NÚMERO DE QUERELLA	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____		QT- _____ - _____	
3. TIPO DE QUERELLANTE			
<input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/> CONCESIONARIO <input type="checkbox"/> OTRO _____			
4. INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE			
Nombre del Querellante	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Dirección Física o Residencial	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono	_____/_____/_____-_____/_____/_____-_____/_____/_____/_____ Ext. _____/		
Celular	_____/_____/_____-_____/_____/_____-_____/_____/_____/_____		
Teléfono Residencial	_____/_____/_____-_____/_____/_____-_____/_____/_____/_____		
Correo Electrónico	_____		
Licencia de Conducir	Categoría	Fecha de Vencimiento	_____/_____/_____ Día Mes Año
Número de Autorización	_____		
\$3.153	La queja o querella presentada por una corporación, sociedad, asociación, cooperativa, hermandad o sindicato deberá estar firmada y debidamente juramentada por su representante legalmente autorizado o por su abogado o por todos sus miembros o titulares. Deberán acompañar junto con la querella una certificación expedida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP) en la cual se reconozca que dicha entidad es una organización legítima conforme a la Ley de Servicio Público de Puerto Rico, <i>supra</i> .		
5. INFORMACIÓN DEL QUERELLADO Información sobre la Persona o Entidad contra la cual se está querellando o requiere que se investigue. ¹			
Nombre del Querellado o su Representante	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Empresa Querellada	_____		
Número de Autorización	_____		
Dirección Física o Residencial	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial	_____/_____/_____-_____/_____/_____-_____/_____/_____/_____		
Número de Celular	_____/_____/_____-_____/_____/_____-_____/_____/_____/_____		
Teléfono del Trabajo	_____/_____/_____-_____/_____/_____-_____/_____/_____/_____ Ext.: _____/		
Correo Electrónico	_____		

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.

En caso de reclamaciones de daños, deberá acompañar evidencia que sostenga dicha alegación.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DECLARACIÓN JURADA

FORMULARIO DE QUEJAS Y QUERELLAS

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil _____, de profesión _____ y vecino(a) de la ciudad de _____, Puerto Rico, **CERTIFICO Y JURAMENTO** que lo aseverado en el presente formulario es la verdad y nada más que la verdad. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico.

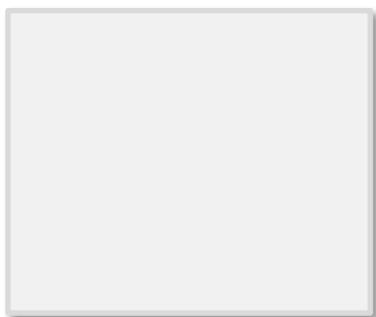
Por todo lo cual, la parte querellante solicita que al Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos, previa audiencia pública, emita la decisión que en derecho proceda.

Firma del Querellante

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM. _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Notario Público

Nombre del Funcionario Autorizado (Si aplica)

Puesto que ocupa el Funcionario (Si aplica)

Firma del Funcionario Autorizado



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 SOLICITUD		2. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	
Día: _____ Mes: _____ 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 Facsímil:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
4. NOMBRE COMERCIAL			
5. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI APLICA)			
Nombre del Representante Autorizado:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:		-	
Fecha de Nacimiento:	Día: _____	Mes: _____	Año: _____
Dirección Residencial:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Teléfono Celular:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Teléfono del Trabajo:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: _____		

6.	NÚMERO DE LOS BOLETOS	DESCRIPCIÓN DE LAS INFRACCIONES
<input type="checkbox"/> APROBADO		<input type="checkbox"/> DENEGADO
_____ Nombre del Comisionado		_____ Firma del Comisionado

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE ELIMINACIÓN DE MULTAS ADMINISTRATIVAS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN DE GAS LICUADO DE PETRÓLEO

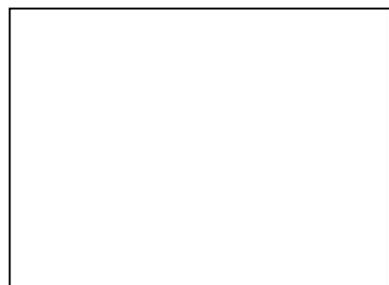
Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, de profesión _____ y vecino de la ciudad de _____, Puerto Rico, **CERTIFICO Y JURAMENTO que lo aseverado es la verdad y nada más que la verdad.** Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)**, de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Peticionario o Concesionario

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____ mayor de edad, de estado civil _____ y de profesión _____, vecino de la ciudad de _____ de Puerto Rico, quien doy fe de haber identificado mediante _____. Hoy, _____ de _____ de _____. En _____ de Puerto Rico.



Sello Notarial

Notario Público

Nombre en Letra de Molde del
Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



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

1.	FECHA DE LA SOLICITUD	2.	NÚMERO DE SOLICITUD
	Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
3.	TIPO DE SOLICITUD		
	<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN		
4.	TIPO DE CABIDA		
	<input type="checkbox"/> MENOR CABIDA <input type="checkbox"/> CABIDA INTERMEDIA <input type="checkbox"/> MAYOR CABIDA		
5.	INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO		
Nombre del Peticionario:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:	_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento:	_____	_____	_____
	Día	Mes	Año
Dirección Residencial:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____ Ext.: _____		
Número de Facsímil:	(____) _____ - _____		
Correo Electrónico:	_____		
Página Web:	_____		
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .			
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:			Número de Autorización:
6.	NOMBRE COMERCIAL		
7.	DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL		
	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
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 FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS VEHÍCULOS AUTORIZADOS CUANDO ESTEN FUERA DE OPERACIÓN O FUERA DE SERVICIO.
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> Ciudad Estado Zona Postal </div> </div>

SECCIÓN 8.07 - REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN

Favor de 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 <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
2.	Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) <ul style="list-style-type: none"> Expedido por el DTOP para cada unidad a utilizarse para ofrecer el servicio. 	
3.	Certificado de Calibración del Taxímetro <ul style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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 	

SECCIÓN 8.07 (d) - REQUISITOS COMO PERSONA NATURAL

Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.		✓
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: <ol style="list-style-type: none"> a. Ha sido convicto de cualquier delito 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.	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.	
4.	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: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
5.	Recibo de Pago del Arancel de la CSP (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito: Visa o MasterCard) <ul style="list-style-type: none"> Solicitud nueva \$ 50.00/unidad Renovación de Autorización \$ 50.00/unidad 	

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD 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 he sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorsión;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

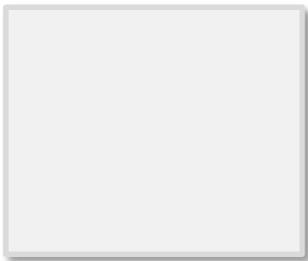
CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** en mi carácter personal. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Peticionario

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

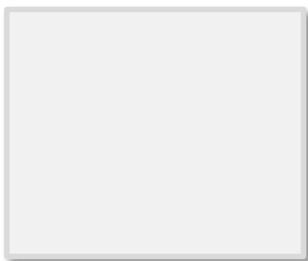


Sello Notarial

Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre del Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA 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

1. FECHA DE LA SOLICITUD	2. NÚMERO DE SOLICITUD
Día: _____ Mes: _____ Año: _____	
3. TIPO DE SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
4. TIPO DE CABIDA	
<input type="checkbox"/> MENOR CABIDA <input type="checkbox"/> CABIDA INTERMEDIA <input type="checkbox"/> MAYOR CABIDA	
5. TIPO DE PERSONA JURÍDICA	
<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	
6. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD	
Nombre de la Entidad:	_____
Número de Seguro Social Patronal:	____ - ____ - ____ - ____
Dirección Física:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____ Ext.: _____ Celular: (____) _____ - _____
Número de Facsímil:	(____) _____ - _____
Correo Electrónico:	_____
Página Web:	_____
7. NOMBRE COMERCIAL	

8. INFORMACIÓN DEL AGENTE RESIDENTE	
Nombre del Agente Residente:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial
Número de Seguro Social:	____ - ____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Dirección Residencial:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____
Teléfono del Trabajo:	(____) _____ - _____ Ext.: _____
Correo Electrónico:	_____
Licencia de Conducir:	Categoría: _____ Fecha de Vencimiento: ____/____/____ Día Mes Año
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos . <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Tipo de Autorización:	Número de Autorización: _____

9. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO																				
Nombre del Representante Autorizado:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.: _____													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ / Día Mes Año													
Correo Electrónico:																				
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .																				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																				
Tipo de Autorización:							Número de Autorización:													
10. COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES																				
POSICIÓN	NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO													
Presidente																				
Vicepresidente																				
Tesorero																				
Secretario																				
11. INFORMACIÓN DEL PRESIDENTE																				
Nombre del Presidente:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.: _____													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ / Día Mes Año													
Correo Electrónico:																				
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .																				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																				
Tipo de Autorización:							Número de Autorización:													

12. INFORMACIÓN DEL VICEPRESIDENTE																				
Nombre del Vicepresidente:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.:													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ /													
Correo Electrónico:																				
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .																				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																				
Tipo de Autorización:							Número de Autorización:													
13. INFORMACIÓN DEL TESORERO																				
Nombre del Tesorero:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.:													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ /													
Correo Electrónico:																				
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .																				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																				
Tipo de Autorización:							Número de Autorización:													
14. INFORMACIÓN DEL SECRETARIO																				
Nombre del Secretario:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.:													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ /													
Correo Electrónico:																				
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .																				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																				

Tipo de Autorización:		Número de Autorización:												
15. DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Estado</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>												Ciudad	Estado	Zona Postal
Ciudad	Estado	Zona Postal												
16. CERTIFICADO DE PERMISO DE USO														
Expedido por la Oficina de Gerencia de Permisos o Permisos Municipales														
Número de Certificado _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año </div>														
17. INVENTARIO DETALLADO DE LOS VEHÍCULOS														
<p>Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 														
18. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LOS VEHÍCULOS AUTORIZADOS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">Ciudad</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Estado</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>												Ciudad	Estado	Zona Postal
Ciudad	Estado	Zona Postal												
19. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD														
¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?														
<input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____														
20. INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL														
¿El peticionario o algún miembro de la Junta es actualmente empleado del gobierno?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL										
Si su respuesta es afirmativa indique el nombre de la entidad gubernamental.		_____												
PREGUNTAS		Número de Autorización		Fecha de Expedición										
				Día	Mes									
				Año										
¿El peticionario o algún miembro de la Junta ha cancelado anteriormente alguna autorización con el Negociado de Transporte (NTSP)?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO												
¿El peticionario o algún miembro de la Junta posee actualmente una autorización con el Negociado de Transporte (NTSP)?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO												

SECCIÓN 8.07 - REQUISITOS CORRESPONDIENTES A CADA UNIDAD

Favor de 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 <ul style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> Expedido por el DTOP para cada unidad a utilizarse para ofrecer el servicio. 	
3.	Certificado de Calibración del Taxímetro <ul style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> Nombre completo del peticionario Marca del Vehículo Modelo del Vehículo Año del Vehículo Número de serie o VIN del Vehículo Número de tablilla del Vehículo Número de Registro del Vehículo Marca del taxímetro Modelo del taxímetro Año de fabricación del taxímetro 	

Sec. 3.19 - REQUISITOS PARA RADICAR COMO CORPORACIÓN O COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Favor de 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 <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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 <i>Certificado de Incorporación</i> 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 Incorporación</i> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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. 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 (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) <ul style="list-style-type: none"> Solicitud nueva \$ 50.00/unidad Renovación de Autorización \$ 50.00/unidad 	

DECLARACIÓN JURADA

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 JURAMENTO** que ni el que suscribe, ni la entidad peticionaria, ni ningún presidente, vicepresidente, director, director ejecutivo, agente residente o miembro de una junta de oficiales o junta de directores, o personas que desempeñen funciones equivalentes para la entidad peticionaria, hemos sido convictos, ni hemos sido declarados culpable, ya sea como autor o cooperador, en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

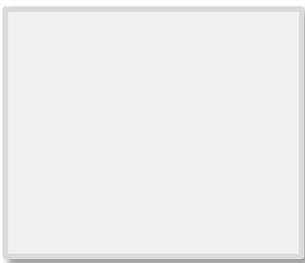
CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)** en mi carácter personal o como miembro de la Junta de alguna entidad jurídica, ni a ningún miembro de la organización. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo a la Comisión, de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Presidente o su Representante Autorizado

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

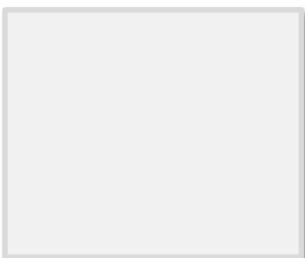


Sello Notarial

Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado

Sello del Negociado de Transporte de Servicio Público



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES 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

1. FECHA DE LA SOLICITUD	2. NÚMERO DE SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
3. TIPO DE SOLICITUD		
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN		
4. TIPO DE CABIDA		
<input type="checkbox"/> MENOR CABIDA <input type="checkbox"/> CABIDA INTERMEDIA <input type="checkbox"/> MAYOR CABIDA		
5. TIPO DE PERSONA JURÍDICA		
<input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SINDICATO	<input type="checkbox"/> HERMANDAD <input type="checkbox"/> OTRA _____
6. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN		
Nombre de la Organización:	_____	
Número de Seguro Social Patronal:	____ - ____ - ____ - ____ - ____	
Dirección Física:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal	
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal	
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____ Ext.: _____ Celular: (____) _____ - _____	
Número de Facsímil:	(____) _____ - _____ Ext.: _____	
Correo Electrónico:	_____	
Página Web:	_____	
Especifique si la entidad ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Tipo de Autorización:	Número de Autorización:	
7. NOMBRE COMERCIAL		

8. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO		
Nombre del Representante Autorizado:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial	
Número de Seguro Social:	____ - ____ - ____ - ____ - ____	
Fecha de Nacimiento:	____/____/____ Día Mes Año	
Dirección Residencial:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal	
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal	
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____	
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____ Ext.: _____	
Correo Electrónico:	_____	
Licencia de Conducir:	Categoría: _____ Fecha de Vencimiento: ____/____/____ Día Mes Año	

9. INFORMACIÓN DEL SOCIO O PERSONA A QUIEN SE ENCOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.:													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ /		Día Mes Año											
Correo Electrónico:																				
Indicar si es miembro de la Organización:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																			
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos																				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																				
Tipo de Autorización:							Número de Autorización:													

10. COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES

POSICIÓN (O SU EQUIVALENTE)	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Presidente			
Vicepresidente			
Tesorero			
Secretario			

11. INFORMACIÓN DEL PRESIDENTE

Nombre del Presidente:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Dirección Postal:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														
Teléfono Residencial:	() -						Celular:	() -												
Teléfono de la Oficina:	() -						Ext.:													
Licencia de Conducir:	Categoría:			Fecha de Vencimiento:			/ /		Día Mes Año											
Correo Electrónico:																				
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por la Comisión de Servicio Público.																				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO																				
Tipo de Autorización:							Número de Autorización:													

12. INFORMACIÓN DEL VICEPRESIDENTE

Nombre del Vicepresidente:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Apellido Paterno</td> <td colspan="3">Apellido Materno</td> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		Inicial												
Número de Seguro Social:				-			-													
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año													
Dirección Residencial:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Ciudad</td> <td colspan="3">Estado</td> <td colspan="4">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad			Estado			Zona Postal			
Ciudad			Estado			Zona Postal														

Dirección Postal:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado Zona Postal										
Teléfono Residencial:	() -					Celular	() -				
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.:					
Licencia de Conducir:	Categoría:		Fecha de Vencimiento:			/ / Día Mes Año					
Correo Electrónico:	<input type="text"/>										
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .											
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO											
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:					
13. INFORMACIÓN DEL TESORERO											
Nombre del Tesorero:	<input type="text"/> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial										
Número de Seguro Social:				-			-				
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año				
Dirección Residencial:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado Zona Postal										
Dirección Postal:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado Zona Postal										
Teléfono Residencial:	() -					Celular:	() -				
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.:					
Licencia de Conducir:	Categoría:		Fecha de Vencimiento:			/ / Día Mes Año					
Correo Electrónico:	<input type="text"/>										
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .											
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO											
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:					
14. INFORMACIÓN DEL SECRETARIO											
Nombre del Secretario:	<input type="text"/> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial										
Número de Seguro Social:				-			-				
Fecha de Nacimiento:	Día			Mes			Año				
Dirección Residencial:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado Zona Postal										
Dirección Postal:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ciudad Estado Zona Postal										
Teléfono Residencial:	() -					Celular:	() -				
Teléfono de la Oficina:	() -					Ext.:					
Licencia de Conducir:	Categoría:		Fecha de Vencimiento:			/ / Día Mes Año					
Correo Electrónico:	<input type="text"/>										
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .											
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO											
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:					

Sec. 3.18 - REQUISITOS PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS QUE COMPONEN LA ORGANIZACIÓN

Favor de 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) <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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 Antecedentes Penales</i> 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. <ul style="list-style-type: none"> En caso de que exista una deuda pendiente, deberá someter evidencia del plan 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. <ul style="list-style-type: none"> 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. <ul style="list-style-type: none"> 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. 3.20 REQUISITOS PARA LA ENTIDAD (SOCIEDADES Y OTRAS ORGANIZACIONES)

Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.		✓
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) <ul style="list-style-type: none"> 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 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 he sido declarado(a) culpable, ya sea como autor(a) o cooperador(a), en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal o en cualquiera de los estados de los Estados Unidos por cualquiera de los delitos que se enumeran a continuación:

- i. Apropiación ilegal agravada, en todas sus modalidades;
- ii. extorción;
- iii. fraude en las construcciones;
- iv. fraude en la ejecución de obras de construcción;
- v. fraude en la entrega de cosas;
- vi. Intervención indebida en los procesos de contratación de subastas o en las operaciones del Gobierno;
- vii. soborno, en todas sus modalidades;
- viii. soborno agravado;
- ix. oferta de soborno;
- x. 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;

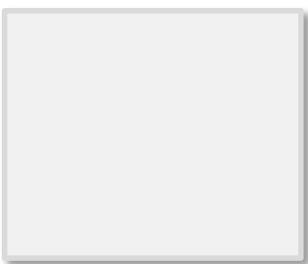
CERTIFICO Y JURAMENTO que he presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para la presente solicitud y que no se me ha sido cancelada alguna otra autorización del **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** en mi carácter personal. Entiendo que suministrar información falsa conlleva la imputación de cargos en mi contra según las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Autorizo al **Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos** de ser necesario, que la misma sea corroborada.

Firma del Peticionario

Día/Mes/Año

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

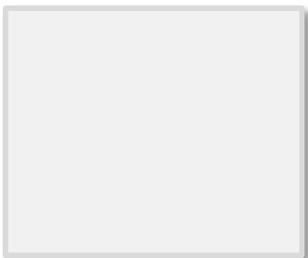


Sello Notarial

Notario Público

CERTIFICACIÓN

Certifico que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre del Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

PERSONA NATURAL

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

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. TIPO DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN			
4. TIPO DE CABIDA			
<input type="checkbox"/> MENOR CABIDA <input type="checkbox"/> CABIDA INTERMEDIA <input type="checkbox"/> MAYOR CABIDA			
5. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO			
Nombre del Peticionario:	_____		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Inicial
Número de Seguro Social:	_____	-	_____
Fecha de Nacimiento:	_____	_____	_____
	Día	Mes	Año
Dirección Residencial:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____		

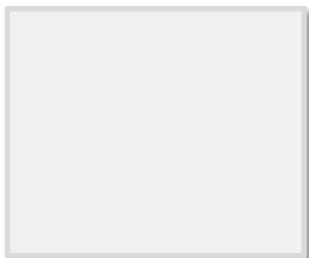
	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Número de Facsímil:	(____) _____ - _____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Especifique si usted ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:		Número de Autorización:	
6. NOMBRE COMERCIAL			

Favor de 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.	<p>Certificar que mantiene una Póliza de Seguro que cumple con los parámetros establecidos en la Sección 7.19.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Certificar que mantiene una Póliza de Seguro que cumple con los parámetros establecidos en la Sección 7.20.</p> <p>Los siguientes requisitos de póliza de seguro de automóvil deberán aplicar cuando un Conductor ERT este prestando los servicios ERT:</p> <p>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.</p> <p>Los requisitos de cubiertas de ambas secciones podrán ser satisfechos por cualquiera de las siguientes:</p> <p>i. Póliza de Seguro obtenida por el Conductor ERT; o</p> <p>ii. Póliza de Seguro obtenida por la ERT; o</p> <p>iii. Cualquier combinación de los Sub incisos (i) y (ii).</p>	
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 discrimin, según requerido en el Subcapítulo IX del Código.	
6.	Certificar que la aplicación móvil de transporte mediante la red muestra al usuario una foto de chofer, el modelo del auto que conduce y el número de tablilla del vehículo de motor utilizado para brindar el servicio, 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.	<p>Recibo de Pago del Arancel (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 que el peticionario ha presentado todos los documentos requeridos en el Código de Reglamentos para adjudicar la presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre en Letra de Molde del
Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

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

R. 9020, Código de Reglamentos de la Comisión de Servicios Públicos, Sec. 3.17; 3.18, 5 de abril de 2018

1. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. TIPO DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> SOLICITUD NUEVA		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
4. TIPO DE CABIDA			
<input type="checkbox"/> MENOR CABIDA		<input type="checkbox"/> CABIDA INTERMEDIA	
<input type="checkbox"/> MAYOR CABIDA			
5. TIPO DE PERSONA JURÍDICA			
<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN			
<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)			
6. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
Nombre de la Entidad:			
Número de Seguro Social Patronal:		-	
Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.: _____	Celular (____) _____ - _____
Número de Facsímil:	(____) _____ - _____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
7. NOMBRE COMERCIAL			
8. INFORMACIÓN DEL AGENTE RESIDENTE			
Nombre del Agente Residente:	_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:		-	
Fecha de Nacimiento:	Día _____	Mes _____	Año _____
Dirección Residencial:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono del Trabajo:	(____) _____ - _____	Ext.: _____	
Correo Electrónico:			
Licencia de Conducir:	Categoría: _____	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos .			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:			Número de Autorización: _____

9. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO														
Nombre del Representante Autorizado:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%;">Apellido Materno</td> <td style="width:17%;">Nombre</td> <td style="width:17%;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día: _____			Mes: _____			Año: _____							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____					Celular:	(____) _____ - _____							
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____					Ext.: _____								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año									
Correo Electrónico:														
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								
10. COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES														
POSICIÓN	NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO							
Presidente														
Vicepresidente														
Tesorero														
Secretario														
11. INFORMACIÓN DEL PRESIDENTE														
Nombre del Presidente:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%;">Apellido Materno</td> <td style="width:17%;">Nombre</td> <td style="width:17%;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día _____			Mes _____			Año _____							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____					Celular:	(____) _____ - _____							
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____					Ext.: _____								
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año									
Correo Electrónico:														
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos.														
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO														
Tipo de Autorización:						Número de Autorización:								
12. INFORMACIÓN DEL VICEPRESIDENTE														
Nombre del Vicepresidente:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width:33%;">Apellido Materno</td> <td style="width:17%;">Nombre</td> <td style="width:17%;">Inicial</td> </tr> </table>										Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial											
Número de Seguro Social:			-			-								
Fecha de Nacimiento:	Día _____			Mes _____			Año _____							
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Ciudad</td> <td style="width:33%;">Estado</td> <td style="width:34%;">Zona Postal</td> </tr> </table>										Ciudad	Estado	Zona Postal	
Ciudad	Estado	Zona Postal												

Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:	_____		Número de Autorización: _____
13. INFORMACIÓN DEL TESORERO			
Nombre del Tesorero:	_____ _____ _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:	____	____	____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento:	Día: _____	Mes: _____	Año: _____
Dirección Residencial:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Correo Electrónico:	_____		
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:	_____		Número de Autorización: _____
14. INFORMACIÓN DEL SECRETARIO			
Nombre del Secretario:	_____ _____ _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial		
Número de Seguro Social:	____	____	____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento:	Día: _____	Mes: _____	Año: _____
Dirección Residencial:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	(____) _____ - _____	Celular:	(____) _____ - _____
Teléfono de la Oficina:	(____) _____ - _____	Ext.:	_____
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
Correo Electrónico:	_____		
Especifique si ostenta o ha ostentado alguna autorización conferida por Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Tipo de Autorización:	_____		Número de Autorización: _____
15. DIRECCIÓN FÍSICA DEL LOCAL			
	_____ _____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
16. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD			
	¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad? <input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____		

17. INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL					
¿El peticionario o algún miembro de la Junta es actualmente empleado del gobierno?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
Si su respuesta es afirmativa indique el nombre de la entidad gubernamental.					
PREGUNTAS		Número de Autorización		Fecha de Expedición	
				Día	Mes
				Año	
¿El peticionario o algún miembro de la Junta ha cancelado anteriormente alguna autorización con el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿El peticionario o algún miembro de la Junta posee actualmente una autorización con el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

REQUISITOS PARA RADICAR LA SOLICITUD COMO CORPORACIÓN Y COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.

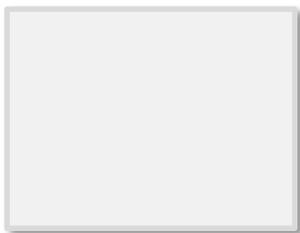
√

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 cuenta con un Agente Residente en Puerto Rico para escuchar y recibir cualquier notificación de incumplimiento con alguna disposición definida en el Código de Reglamentos.	
3.	<p>Certificar que mantiene una Póliza de Seguro que cumple con los parámetros establecidos en la Sección 7.19.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>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.</p>	
4.	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 Tránsito de Puerto Rico, Ley 22-2000, según enmendada, para estar autorizado a transitar por las vías públicas.	
5.	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.	
6.	Certificar que ha adoptado una política anti discrimin, según requerido en el Subcapítulo IX del Código.	
7.	Certificar que la aplicación móvil de transporte mediante la red muestra al usuario una foto de chofer, el modelo del auto que conduce y el número de tablilla del vehículo de motor utilizado para brindar el servicio, antes de que éste aborde el vehículo.	
8.	Certificación que evidencie que ha adoptado todos los mecanismos necesarios que estén disponibles para hacer valer todas las disposiciones presentes en el Código de Reglamentos.	
9.	<p>Recibo de Pago del Arancel (Efectivo-ATH-Cheque-Tarjetas de Crédito Visa o MasterCard)</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitud nueva (Cuota de Registro Anual) \$5,000.00 Permiso Provisional \$200.00 	

CERTIFICACIÓN

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CORPORACIÓN O COMPAÑÍAS DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC) 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 presente solicitud. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Sello del Negociado de Transporte

Nombre en Letra de Molde del
Funcionario Autorizado

Puesto que ocupa

Firma del Funcionario Autorizado



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. NÚMERO DE LA SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO			
Nombre del Peticionario:			
Número de Seguro Social:		-	
Dirección Residencial:	_____ _____ 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:			
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
4. NOMBRE COMERCIAL			
5. 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	
6. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA			
Número de Póliza: _____		Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año	
7. NÚMERO DE LICENCIA DEL RADIOCOMUNICADOR SEGÚN APARECE EN LA LICENCIA DEL FCC			
Número: _____		Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año	
8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (TCAMB)			
Número: _____		Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año	
9. DIRECCIÓN FÍSICA DEL DESPACHO			
_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			

10. INVENTARIO DETALLADO DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS																						
Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente:																						
<ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 																						
11. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LAS UNIDADES AUTORIZADAS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ciudad</td> <td style="text-align:center;">Estado</td> <td style="text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>															Ciudad	Estado	Zona Postal					
Ciudad	Estado	Zona Postal																				
12. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD																						
¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?																						
<input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____																						
13. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO																						
Nombre del Representante Autorizado:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align:center;">Apellido Materno</td> <td style="text-align:center;">Nombre Inicial</td> </tr> </table>													Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Inicial					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Inicial																				
Número de Seguro Social:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;">-</td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;">-</td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> </tr> </table>													-			-				
			-			-																
Fecha de Nacimiento:		Día: _____			Mes: _____			Año: _____														
Dirección Residencial:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ciudad</td> <td style="text-align:center;">Estado</td> <td style="text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>													Ciudad	Estado	Zona Postal					
Ciudad	Estado	Zona Postal																				
Dirección Postal:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ciudad</td> <td style="text-align:center;">Estado</td> <td style="text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>													Ciudad	Estado	Zona Postal					
Ciudad	Estado	Zona Postal																				
Teléfono Residencial:		____/____/____-____/____/____-____/____/____																				
Celular:		____/____/____-____/____/____-____/____/____																				
Teléfono de la Oficina:		____/____/____-____/____/____-____/____/____ Ext.: _____/																				
Número de Facsímil:		____/____/____-____/____/____-____/____/____																				
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:		____/____/____																
Correo Electrónico:																						
14. REQUISITOS																						
La Oficina de Despacho de todo concesionario que opere ambulancias dentro de las Categorías III, IV y V 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 con 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.																						
Favor de 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.																					
	<ul style="list-style-type: none"> • Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP). 																					
2.	Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública.																					
	<ul style="list-style-type: none"> • Deberá incluir cada una de las unidades aseguradas, vigencia de la póliza y límites de la cubierta. 																					
3.	Copia de la Licencia de la Comisión Federal de Comunicaciones para el Sistema de Radiocomunicaciones																					
	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 																					
4.	Copia de cada una de las Licencias de Técnico de Emergencias Médicas Paramédico.																					
5.	Copia de las Licencias de Operador expedidas por el Negociado de Transportación y Servicios Públicos (NTSP).																					
6.	Copia de la "Hoja de Inspección" de cada unidad expedida por el Negociado de Transportación y Servicios Públicos (NTSP).																					
7.	Copia de la "Hoja del Paciente" que se utilizará.																					
	(Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).																					

15. SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS

Indicaciones:

Anote el número de casos atendidos durante el último año natural:
Desde el 1 de enero de _____ hasta el 31 de diciembre de _____ en cada uno de los renglones indicados para cada uno de los turnos.

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 Fondo de Seguro de Estado (CFSE)			
6.	Emergencias Psiquiátricas			
7.	Personas de Edad Avanzada			
8.	Personas con Discapacidades			
9.	Emergencias Pediátricas			
10.	Traslados			
11.	"Charities"			
12.	Citas Médicas			
13.	Muertes			
14.	Otros (Explique)			

Nota: UTILICE EL ANEJO "A" PARA INDICAR LOS DATOS RELACIONADOS CON CADA UNA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS POR LA CSP POR LA CUAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓN

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.

DECLARACIÓN JURADA

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

Yo, _____, estoy suministrando información para las ambulancias con tablillas:
_____, _____, _____, _____, _____,

Además, estoy suministrando la información relacionada a licencias profesionales y/o cursos de los * _____ empleados que a la fecha de este documento componen el grupo de empleados contratados para ofrecer servicio en las ambulancias antes mencionadas.

CERTIFICO que la información ofrecida en esta solicitud, así como la información que se incluye en los documentos que se acompañan, es la correcta. Entiendo que el suministrar información falsa conllevará, entre otras cosas, el que no se considere la solicitud.

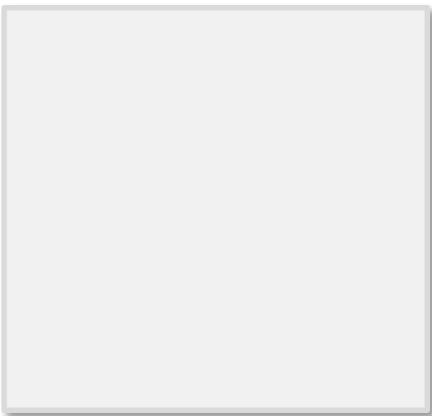
Firma del Peticionario o Concesionario

Día/Mes/Año

*Total de empleados Indicados en Anejo B: _____

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, mayor de edad, de estado civil _____ y de profesión _____, vecino de la ciudad de _____, Puerto Rico, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



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 SOLICITUD	2.	NÚMERO DE LA SOLICITUD
	Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
3.	TIPO DE PERSONA JURÍDICA	4.	TIPO DE ENTIDAD
	<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC)		<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL
5.	INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD		
Nombre de la Entidad:	_____		
Seguro Social Patronal:	_____	-	_____
Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono de la Oficina:	____/____/____-____/____/____-____/____/____/____ Ext.: _____/		
Número de Facsímil:	____/____/____-____/____/____-____/____/____/____		
Correo Electrónico:	_____		
Página Web:	_____		
6.	NOMBRE COMERCIAL		

7.	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
8.	NÚMERO DE PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA		
	Número: _____	Fecha de Vigencia:	____/____/____ Día Mes Año
9.	NÚMERO DE LICENCIA DEL RADIOCOMUNICADOR SEGÚN APARECE EN LA LICENCIA DEL FCC		
	Número: _____	Fecha de Vigencia:	____/____/____ Día Mes Año
10.	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (TCAMB)		
	Número: _____	Fecha de Vigencia:	____/____/____ Día Mes Año
11.	DIRECCIÓN FÍSICA DEL DESPACHO		
	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		

12. INVENTARIO DETALLADO DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS	
	<p>Favor de anejar inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia)
13. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LAS UNIDADES AUTORIZADAS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.	
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ciudad Estado Zona Postal</p>
14. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD	
	<p>¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____</p>
15. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	
Nombre del Representante Autorizado:	<p>_____</p> <p>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial</p>
Número de Seguro Social:	<p>_____ - _____ - _____</p>
Fecha de Nacimiento:	<p>Día: _____ Mes: _____ Año: _____</p>
Dirección Residencial:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ciudad Estado Zona Postal</p>
Dirección Postal:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ciudad Estado Zona Postal</p>
Teléfono Residencial:	<p>____/____/____-____/____/____-____/____/____/____</p>
Teléfono Celular:	<p>____/____/____-____/____/____-____/____/____/____</p>
Teléfono de la Oficina:	<p>____/____/____-____/____/____-____/____/____/____ Ext.: _____</p>
Número de Facsímil:	<p>____/____/____-____/____/____-____/____/____/____</p>
Licencia de Conducir:	<p>Categoría: _____ Fecha de Vencimiento: _____</p> <p>Día Mes Año</p>
Correo Electrónico:	<p>_____</p>
16. REQUISITOS:	
<p>La Oficina de Despacho de toda compañía o servicio que opere ambulancias dentro de las Categoría II tendrá que contar con un sistema "On Call" que le permita comunicarse las 24 horas del 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.</p> <p>Todas las ambulancias autorizadas bajo la franquicia TCAMB deberán estar en cumplimiento con 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.</p>	
<p>Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud.</p>	
1.	<p>Copia de la Licencia de cada uno de los Vehículos de Motor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP).
2.	<p>Resolución Corporativa identificando a los miembros de la Junta de Directores de la entidad.</p>
3.	<p>Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deberá incluir cada una de las unidades aseguradas, vigencia de la póliza y límites de la cubierta.
4.	<p>Copia de la Licencia de la Comisión Federal de Comunicaciones para el Sistema de Radiocomunicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.	<p>Copia de cada una de las Licencias de Técnico de Emergencias Médicas (Básico o Paramédico).</p>
6.	<p>Copia de las Licencias de Operador expedidas por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)</p>
7.	<p>Copia de la "Hoja de Inspección" de cada unidad.</p>
8.	<p>Copia de la "Hoja del Paciente" que se utilizará. (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento.)</p>

17. SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS

Indicaciones:

Anote el número de casos atendidos durante el último año natural:
Desde el 1 de enero de _____ hasta el 31 de diciembre de _____ en cada uno de los renglones indicados para cada uno de los turnos.

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 Fondo de Seguro de Estado (CFSE)			
6.	Emergencias Psiquiátricas			
7.	Personas de Edad Avanzada			
8.	Personas con Discapacidades			
9.	Emergencias Pediátricas			
10.	Traslados			
11.	"Charities"			
12.	Citas Médicas			
13.	Muertes			
14.	Otros (Explique)			

Nota:

UTILICE EL ANEJO "A" PARA INDICAR LOS DATOS RELACIONADOS CON CADA UNA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS POR LA CSP POR LA CUAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓN

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)**.

DECLARACIÓN JURADA

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

Yo, _____, estoy suministrando información para las ambulancias con tablillas:

_____, _____, _____, _____, _____, _____,

Además, estoy suministrando la información relacionada a licencias profesionales y/o cursos de los * _____ empleados que a la fecha de este documento componen el grupo de empleados contratados para ofrecer servicio en las ambulancias antes mencionadas.

CERTIFICO Que la información ofrecida en esta solicitud, así como la información que se incluye en los documentos que se acompañan es la correcta. Entiendo que el suministrar información falsa conllevará entre otras cosas el que no se considere la solicitud.

Firma del Peticionario o Concesionario

Día/Mes/Año

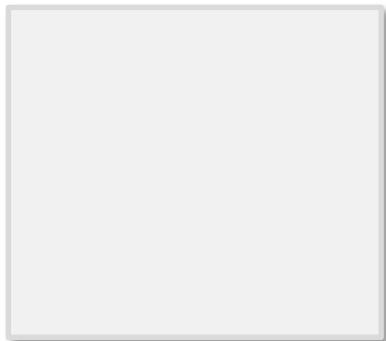
*Total de empleados Indicados en Anejo B: _____

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, mayor de edad, de estado civil _____ y de profesión _____, vecino(a) de la ciudad de _____,

Puerto Rico, a quien doy fe de 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 SOLICITUD		2. NÚMERO DE LA SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO			
Nombre del Peticionario:			
Número de Seguro Social:		-	
Dirección Residencial:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono Residencial:	____/____/____-____/____/____-____/____/____/____		
Teléfono Celular:	____/____/____-____/____/____-____/____/____/____		
Teléfono de la Oficina:	____/____/____-____/____/____-____/____/____/____ Ext.: _____		
Número de Facsímil:	____/____/____-____/____/____-____/____/____/____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	____/____/____ Día Mes Año
4. NOMBRE COMERCIAL			
5. 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			
6. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA			
Número de Póliza: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año			
7. NÚMERO DE LICENCIA DEL RADIOCOMUNICADOR SEGÚN APARECE EN LA LICENCIA DEL FCC			
Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año			
8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (TCAMB)			
Expedida por la Comisión de Servicio Público			
Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año			
9. DIRECCIÓN FÍSICA DEL DESPACHO			
_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			

10. INVENTARIO DETALLADO DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS															
Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 															
11. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LAS UNIDADES AUTORIZADAS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ciudad</td> <td style="text-align:center;">Estado</td> <td style="text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>					Ciudad	Estado	Zona Postal								
Ciudad	Estado	Zona Postal													
12. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD															
¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?															
<input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____															
13. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO															
Nombre del Representante Autorizado:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align:center;">Apellido Materno</td> <td style="text-align:center;">Nombre</td> </tr> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Inicial</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>				Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre				Inicial				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre													
Inicial															
Número de Seguro Social:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;">-</td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;">-</td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> </tr> </table>				-			-							
			-			-									
Fecha de Nacimiento:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Día: _____</td> <td style="width:33%;">Mes: _____</td> <td style="width:33%;">Año: _____</td> </tr> </table>	Día: _____	Mes: _____	Año: _____											
Día: _____	Mes: _____	Año: _____													
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ciudad</td> <td style="text-align:center;">Estado</td> <td style="text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>				Ciudad	Estado	Zona Postal								
Ciudad	Estado	Zona Postal													
Dirección Postal:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Ciudad</td> <td style="text-align:center;">Estado</td> <td style="text-align:center;">Zona Postal</td> </tr> </table>				Ciudad	Estado	Zona Postal								
Ciudad	Estado	Zona Postal													
Teléfono Residencial:	____/____/____-____/____/____-____/____/____														
Celular:	____/____/____-____/____/____-____/____/____														
Teléfono de la Oficina	____/____/____-____/____/____-____/____/____ Ext.: _____														
Número de Facsímil:	____/____/____-____/____/____-____/____/____														
Licencia de Conducir:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"> </td> <td style="width:10%;">Categoría:</td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;">Fecha de Vencimiento:</td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Año</td> <td></td> </tr> </table>		Categoría:		Fecha de Vencimiento:							Día	Mes	Año	
	Categoría:		Fecha de Vencimiento:												
			Día	Mes	Año										
Correo Electrónico:															
14. REQUISITOS															
La Oficina de Despacho de todo concesionario que opere ambulancias dentro de las Categorías III, IV y V 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 con 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.															
Favor de 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. <ul style="list-style-type: none"> • Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP). 														
2.	Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública. <ul style="list-style-type: none"> • Deberá incluir cada una de las unidades aseguradas, vigencia de la póliza y límites de la cubierta. 														
3.	Copia de la Licencia de la Comisión Federal de Comunicaciones para el Sistema de Radiocomunicaciones <ul style="list-style-type: none"> • 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. 														
4.	Copia de cada una de las Licencias de Técnico de Emergencias Médicas Paramédico.														
5.	Copia de cada una de las Licencias de Operador														
6.	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) <ul style="list-style-type: none"> • Nota: El Director Médico podrá fungir como Médico de Control. 														
7.	Copia de los certificados y credenciales del Médico de Control, deberá tener aprobados los siguientes cursos: <ol style="list-style-type: none"> Advanced Cardiac Life Support (ACLS); Pediatric Advanced Life Support (PALS); Advanced Trauma Life Support (ATLS); 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 para el Botiquín de Medicamentos a nivel estatal y federal.														
9.	Lista de los medicamentos requeridos y aprobados por el Director Médico.														
10.	Copia de "Certificado de Inspección" de cada unidad, Expedido por el Negociado de Transporte (NTSP).														
11.	Copia de los "Protocolos de Manejo Médico", endosados por el Director Médico.														
12.	Copia de la "Hoja del Paciente" que se utilizará. (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).														

15. SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS

Indicaciones:

Anote el número de casos atendidos durante el último año natural:

Desde el 1 de enero de _____ hasta el 31 de diciembre de _____ en cada uno de los renglones indicados para cada uno de los turnos.

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 Fondo de Seguro de Estado (CFSE)			
6.	Emergencias Psiquiátricas			
7.	Personas de Edad Avanzada			
8.	Personas con Discapacidades			
9.	Emergencias Pediátricas			
10.	Traslados			
11.	"Charities"			
12.	Citas Médicas			
13.	Muertes			
14.	Otros (Explique)			

Nota:
UTILICE EL ANEJO "A" PARA INDICAR LOS DATOS RELACIONADOS CON CADA UNA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS POR LA CSP POR LA CUAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓN

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)**.

DECLARACIÓN JURADA

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO CATEGORÍA III

Yo, _____, estoy suministrando información para las ambulancias con tablillas:
_____, _____, _____, _____, _____, _____,

Además, estoy suministrando la información relacionada a licencias profesionales y/o cursos de los * _____ empleados que a la fecha de este documento componen el grupo de empleados contratados para ofrecer servicio en las ambulancias antes mencionadas.

CERTIFICO que la información ofrecida en esta solicitud, así como la información que se incluye en los documentos que se acompañan, es la correcta. Entiendo que el suministrar información falsa conllevará, entre otras cosas, el que no se considere la solicitud.

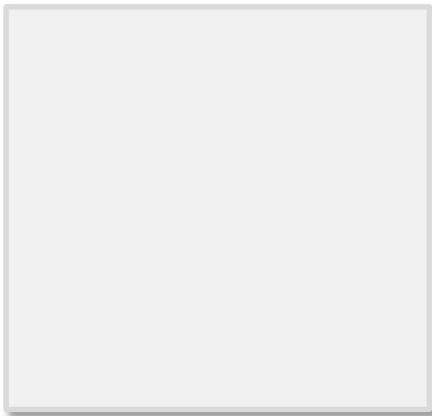
Firma del Peticionario o Concesionario

Día/Mes/Año

*Total de empleados Indicados en Anejo B: _____

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____, mayor de edad, de estado civil _____ y de profesión _____, vecino de la ciudad de _____, Puerto Rico, a quien doy fe de haber identificado mediante _____. En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.



Notario Público



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 SOLICITUD	2.	NÚMERO DE LA SOLICITUD
	Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
3.	TIPO DE PERSONA JURÍDICA	4.	TIPO DE ENTIDAD
	<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC)		<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL
5.	INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD		
Nombre de la Entidad:			
Seguro Social Patronal:		- -	
Dirección Física:		_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal	
Dirección Postal:		_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal	
Teléfono de la Oficina:		____/____/____-____/____/____-____/____/____	
Teléfono Celular:		____/____/____-____/____/____-____/____/____	
Número de Facsímil:		____/____/____-____/____/____-____/____/____	
Correo Electrónico:			
Página Web:			
6.	NOMBRE COMERCIAL		
7.	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		
8.	PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA		
	Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año		
9.	LICENCIA DEL RADIO-COMUNICADOR SEGÚN APARECE EN LA LICENCIA DEL F.C.C.		
	Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año		
10.	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (TCAMB)		
	Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año		
11.	DIRECCIÓN FÍSICA DEL DESPACHO		
	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		

12. INVENTARIO DETALLADO DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS																														
Favor de anejar un inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a la fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 																														
13. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LAS UNIDADES AUTORIZADAS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>														Ciudad	Estado	Zona Postal														
Ciudad	Estado	Zona Postal																												
14. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD																														
¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?																														
<input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____																														
15. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO																														
Nombre del Representante Autorizado:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="text-align: center;">Nombre</td> </tr> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inicial</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>												Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre				Inicial										
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre																												
Inicial																														
Número de Seguro Social:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td colspan="7"></td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>																			-	-								-
-	-								-																					
Fecha de Nacimiento:		Día: _____			Mes: _____			Año: _____																						
Dirección Residencial:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>												Ciudad	Estado	Zona Postal														
Ciudad	Estado	Zona Postal																												
Dirección Postal:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> <td style="width:33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>												Ciudad	Estado	Zona Postal														
Ciudad	Estado	Zona Postal																												
Teléfono Residencial:		____/____/____-____/____/____-____/____/____																												
Teléfono Celular:		____/____/____-____/____/____-____/____/____																												
Teléfono de la Oficina:		____/____/____-____/____/____-____/____/____ Ext.: _____/																												
Número de Facsímil:		____/____/____-____/____/____-____/____/____																												
Licencia de Conducir:		Categoría:		Fecha de Vencimiento:		____/____/____																								
Correo Electrónico:																														

16. SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS

Indicaciones:

Anote el número de casos atendidos durante el último año natural:
Desde el 1.º de enero de _____ hasta el 31 de diciembre de _____ en cada uno de los renglones indicados para cada uno de los turnos.

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 Fondo de Seguro de Estado (CFSE)			
6.	Emergencias Psiquiátricas			
7.	Personas de Edad Avanzada			
8.	Personas con Discapacidades			
9.	Emergencias Pediátricas			
10.	Traslados			
11.	"Charities"			
12.	Citas Médicas			
13.	Muertes			
14.	Otros (Explique)			

Nota:

UTILICE EL ANEJO "A" PARA INDICAR LOS DATOS RELACIONADOS CON CADA UNA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS POR LA CSP PARA LA CUAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓN

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.	
Favor de 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. <ul style="list-style-type: none"> Expedida por el Departamento de Transportación y Obras Públicas (<i>DTOP</i>).
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. <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> Nota: El Director Médico podrá fungir como Medico de Control.
8.	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: <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i>; b) <i>Pediatric Advanced Life Support (PALS)</i>; c) <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i>; 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**.



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. FECHA DE LA SOLICITUD		2. NÚMERO DE LA SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO			
Nombre del Peticionario:			
Número de Seguro Social:		-	
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 COMERCIAL			
5. 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	
6. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA			
Número: _____		Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año	
7. LICENCIA DEL RADIOCOMUNICADOR SEGÚN APARECE EN LA LICENCIA DEL F C C.			
Número: _____		Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año	
8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (TCAMB)			
Expedida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)			
Número: _____		Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año	
9. DIRECCIÓN FÍSICA DEL DESPACHO			
_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			

10. INVENTARIO LISTA DETALLADA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS													
	<p>Favor de anejar inventario detallado de los vehículos que interesa operar bajo la autorización solicitada, de haberlos adquirido previo a las fecha de la solicitud, indicando para cada vehículo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marca • Modelo • Año • Número de Serie o VIN • Número de Tablilla • Número de Registro • Copia del Permiso de Vehículo de Motor (Licencia) 												
11. DIRECCIÓN FÍSICA DE LA BASE DE OPERACIÓN Y/O DONDE SE ALMACENARÁN LAS UNIDADES AUTORIZADAS CUANDO NO ESTÉN OPERANDO O FUERA DE SERVICIO.													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"> _____</td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> _____</td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Ciudad	Estado	Zona Postal						
_____	_____	_____											
Ciudad	Estado	Zona Postal											
12. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ENTIDAD													
	<p>¿Cuántos empleos directos o indirectos genera la entidad?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Directos _____ <input type="checkbox"/> Indirectos _____ </p>												
13. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO													
Nombre del Representante Autorizado:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="text-align: center;">Nombre</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inicial</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	_____	_____	_____	Inicial		
_____	_____	_____											
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre											
_____	_____	_____											
Inicial													
Número de Seguro Social:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> <td style="width: 10%;"> _____</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	-	_____	_____	-	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	-	_____	_____	-	_____	_____	_____				
Fecha de Nacimiento:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día: _____</td> <td style="width: 33%;">Mes: _____</td> <td style="width: 33%;">Año: _____</td> </tr> </table>	Día: _____	Mes: _____	Año: _____									
Día: _____	Mes: _____	Año: _____											
Dirección Residencial:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Ciudad	Estado	Zona Postal						
_____	_____	_____											
Ciudad	Estado	Zona Postal											
Dirección Postal:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> <td style="width: 33%;"> _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Ciudad	Estado	Zona Postal						
_____	_____	_____											
Ciudad	Estado	Zona Postal											
Teléfono Residencial:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____/____												
Teléfono Celular:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____/____												
Teléfono del Trabajo:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____/____ Ext.: _____/												
Número de Facsímil:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____/____												
Licencia de Conducir:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Categoría:</td> <td style="width: 30%;"> _____</td> <td style="width: 20%;">Fecha de Vencimiento:</td> <td style="width: 20%;"> ____/____/____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Día Mes Año</td> </tr> </table>	Categoría:	_____	Fecha de Vencimiento:	____/____/____				Día Mes Año				
Categoría:	_____	Fecha de Vencimiento:	____/____/____										
			Día Mes Año										
Correo Electrónico	_____												

14. SECCIÓN DE ESTADÍSTICA

Indicaciones:

Anote el número de casos atendidos durante el último año natural:
Desde el 1 de enero de _____ hasta 31 de diciembre de _____ en cada uno de los renglones indicados para cada uno de los turnos.

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 Fondo de Seguro de Estado (CFSE)			
6.	Emergencias Psiquiátricas			
7.	Personas de Edad Avanzada			
8.	Personas con Discapacidades			
9.	Emergencias Pediátricas			
10.	Traslados			
11.	"Charities"			
12.	Citas Médicas			
13.	Muertes			
14.	Otros (Explique)			

Nota:

UTILICE EL ANEJO "A" PARA INDICAR LOS DATOS RELACIONADOS CON CADA UNA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS POR LA CSP PARA LA CUAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓN

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.	
Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud. √	
1.	Copia del "Air Carrier Certificate", expedido por la <i>Federal Aviation Administration (FAA)</i> .
2.	Copia del "Certificate of Aircraft Registration", expedido por la <i>Federal Aviation Administration (FAA)</i> .
3.	Copia del Certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Pública. <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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.
7.	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: <ol style="list-style-type: none"> <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i>; <i>Pediatric Advanced Life Support (PALS)</i>; <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i>; 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 "Hoja del Paciente". (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).
13.	<p>OBSERVACIONES:</p> <p>Para operar este tipo de ambulancia el personal debe estar certificado por la <i>Federal Aviation Agency (FAA)</i>. El personal de asistencia médica al paciente estará compuesto por dos (2) personas los cuales podrán ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Técnicos de Emergencias Médicas-Paramédicos, licenciados en Puerto Rico. Técnicos de Terapia Respiratoria. Enfermeras Graduados (RN-BSN). <p>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":</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i>; <i>Pediatric Advanced Life Support (PALS)</i>; <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i>; <p>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".</p>

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 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) "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 ambulancias con tablillas:

_____, _____, _____, _____, _____, _____,

Además, estoy suministrando la información relacionada a licencias profesionales y/o cursos de los empleados * _____ que a la fecha de este documento componen el grupo de empleados contratados para ofrecer servicio en las ambulancias antes mencionadas.

CERTIFICO Que la información ofrecida en esta solicitud, así como la información que se incluye en los documentos que se acompañan, es la correcta. Entiendo que el suministrar información falsa conllevará, entre otras cosas, el que no se considere la solicitud.

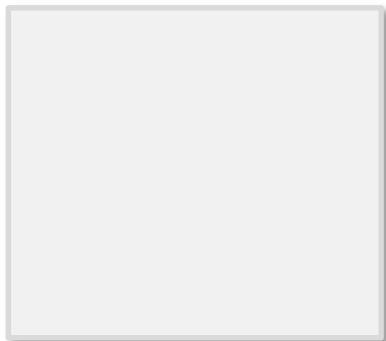
Firma del Peticionario o Concesionario

Día/Mes/Año

*Total de empleados Indicados en Anejo B: _____

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____ mayor de edad, de estado civil _____ y de profesión _____, vecino de la ciudad de _____ de Puerto Rico, quien doy fe de haber identificado mediante _____. Hoy, _____ de _____ de _____. En _____ de Puerto Rico.



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		2. NÚMERO DE LA SOLICITUD	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
3. TIPO DE PERSONA JURÍDICA		4. TIPO DE ENTIDAD	
<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (LLC) <input type="checkbox"/> OTRO _____		<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
5. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
Nombre de la Compañía:	_____		
Seguro Social Patronal:	_____	-	_____
Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono de la Oficina:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: ____/____/____		
Número de Facsímil:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Correo Electrónico:	_____		
Página Web:	_____		
6. NOMBRE COMERCIAL			

7. 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			
8. NÚMERO DE PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA			
Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año			
9. NÚMERO DE LICENCIA DEL RADIOCOMUNICADOR SEGÚN APARECE EN LA LICENCIA DEL F C C			
Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año			
10. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (TCAMB)			
Expedida por el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP)			
Número: _____ Fecha de Vigencia: ____/____/____ Día Mes Año			
11. DIRECCIÓN FÍSICA DEL DESPACHO			
_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			

16. SECCIÓN DE ESTADÍSTICA

Indicaciones:

Anote el número de casos atendidos durante el último año natural:
Desde el 1 de enero de _____ hasta 31 de diciembre de _____ en cada uno de los renglones indicados para cada uno de los turnos.

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 Fondo de Seguro de Estado (CFSE)			
6.	Emergencias Psiquiátricas			
7.	Personas de Edad Avanzada			
8.	Personas con Discapacidades			
9.	Emergencias Pediátricas			
10.	Traslados			
11.	"Charities"			
12.	Citas Médicas			
13.	Muertes			
14.	Otros (Explique)			

Nota:

UTILICE EL ANEJO "A" PARA INDICAR LOS DATOS RELACIONADOS CON CADA UNA DE LAS UNIDADES AUTORIZADAS POR LA CSP PARA LA CUAL SOLICITA LA CERTIFICACIÓN

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.	
Favor de indicar con una marca de cotejo los documentos presentados para radicar la solicitud. √	
1.	Copia del "Air Carrier Certificate", expedido por la <i>Federal Aviation Administration (FAA)</i> .
2.	Copia del "Certificate of Aircraft Registration", expedido por la <i>Federal Aviation Administration (FAA)</i> .
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. <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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.
8.	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: <ol style="list-style-type: none"> <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i>; <i>Pediatric Advanced Life Support (PALS)</i>; <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i>; 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 "Hoja de Inspección" expedida por la Comisión de Servicio Público.
12.	Copia de los "Protocolos de Manejo Médico". <ul style="list-style-type: none"> endosados por el Director Médico.
13.	Copia de la "Hoja del Paciente". (Se presentará una vez, a menos que ocurra alguna modificación al documento).
14.	OBSERVACIONES: Para operar este tipo de ambulancia el personal debe estar certificado por la <i>Federal Aviation Agency (FAA)</i> . El personal de asistencia médica al paciente estará compuesto por dos (2) personas los cuales podrán ser: <ol style="list-style-type: none"> 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. Técnicos de Emergencias Médicas-Paramédicos, licenciados en Puerto Rico. Técnicos de Terapia Respiratoria. 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": <ol style="list-style-type: none"> <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i>; <i>Pediatric Advanced Life Support (PALS)</i>; <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i>; Todo el personal de asistencia médica al paciente, deberá haber aprobado y tener vigente el curso de cuidado médico aéreo basado en el " <i>Air Medical Crew National Standard Advanced Curriculum</i> ".

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 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) "*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 suministrando información para las ambulancias con tabllas:

_____, _____, _____, _____, _____,

Además, estoy suministrando la información relacionada a licencias profesionales y/o cursos de los empleados * _____ que a la fecha de este documento componen el grupo de empleados contratados para ofrecer servicio en las ambulancias antes mencionadas.

CERTIFICO Que la información ofrecida en esta solicitud, así como la información que se incluye en los documentos que se acompañan, es la correcta. Entiendo que el suministrar información falsa conllevará, entre otras cosas, el que no se considere la solicitud.

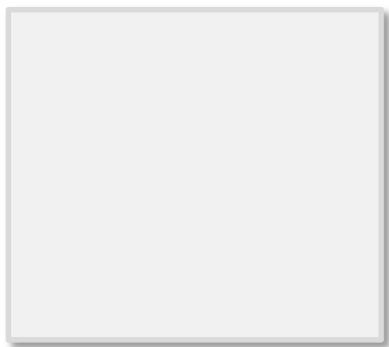
Firma del Peticionario o Concesionario

Día/Mes/Año

*Total de empleados Indicados en Anejo B: _____

AFIDÁVIT NÚM.: _____

Juramentada y suscrita ante mí por _____ mayor de edad, de estado civil _____ y de profesión _____, vecino de la ciudad de _____ de Puerto Rico, quien doy fe de haber identificado mediante _____. Hoy, _____ de _____ de _____. En _____ de Puerto Rico.



Notario Público



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: _____				
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> ADICIÓN	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN	<input type="checkbox"/> RE-CERTIFICACIÓN	Fecha de Vencimiento de la última certificación emitida: ____/____/____ Día Mes Año
CATEGORÍA:	NÚMERO DE SERIE:	MODELO:	AÑO:	NÚMERO DE MARBETE:
		MARCA:		FECHA DE EXPIRACIÓN: ____/____/____ Día Mes Año
NÚMERO DE TABLILLA: _____				
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> ADICIÓN	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN	<input type="checkbox"/> RE-CERTIFICACIÓN	Fecha de Vencimiento de la última certificación emitida: ____/____/____ Día Mes Año
CATEGORÍA:	NÚMERO DE SERIE:	MODELO:	AÑO:	NÚMERO DE MARBETE:
		MARCA:		FECHA DE EXPIRACIÓN: ____/____/____ Día Mes Año
NÚMERO DE TABLILLA: _____				
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> ADICIÓN	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN	<input type="checkbox"/> RE-CERTIFICACIÓN	Fecha de Vencimiento de la última certificación emitida: ____/____/____ Día Mes Año
CATEGORÍA:	NÚMERO DE SERIE:	MODELO:	AÑO:	NÚMERO DE MARBETE:
		MARCA:		FECHA DE EXPIRACIÓN: ____/____/____ Día Mes Año



ANEJO B

CRENCIALIZACIÓN 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)

NOMBRE DEL PETICIONARIO O CONCESIONARIO:					NÚMERO DE SOLICITUD:			
NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:					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 Terapeuta	Licencia del Médico	Firma del Empleado
	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	Fecha de Expiración	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								



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. FECHA DE LA INSPECCIÓN		2. NÚMERO DE INSPECCIÓN	
Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____			
3. LUGAR DE LA INSPECCIÓN		4. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	
5. VEHÍCULO INSPECCIONADO			
MARCA:		MODELO:	AÑO:
NÚMERO DE TABLILLA:		SERIE:	
NÚMERO DE MARBETE:		FECHA DE VENCIMIENTO:	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____
6. NOMBRE DEL CONCESIONARIO			
7. NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO			
8. DIRECCIÓN			
Dirección Física:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono de Contacto:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Número de Celular:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Teléfono de la Oficina:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: _____		
Número de Facsímil:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
9. VEHÍCULO CUMPLE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Caja de primeros auxilios <i>First Responder</i>	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Radio - Teléfono	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Mapas	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tres (3) triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DOP).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos (2) extintores de 5 libras, Tipo ABC: <ul style="list-style-type: none"> • 1 ubicado en el módulo • 1 ubicado en la cabina del operador 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Letrero de aviso: "NO FUMAR" en el compartimiento del paciente.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Sistema de oxígeno portátil y sistema de oxígeno fijo o central. Ambos equipos deberán tener reguladores de presión con capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno central deberá tener un humidificador.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 2 mascarillas de oxígeno con reservorio "non rebreathing" para pacientes adultos. • 2 mascarillas de oxígeno con reservorio "non rebreathing" para pacientes pediátricos. • 2 cánulas nasales de oxígeno para pacientes adultos. • 2 cánulas nasales de oxígeno para pacientes pediátricos. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla fija a la pared de 75" de largo por 21 ½" de ancho.	



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. FECHA DE LA INSPECCIÓN		2. NÚMERO DE INSPECCIÓN	
Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____			
3. LUGAR DE LA INSPECCIÓN		4. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	
5. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO INSPECCIONADO			
MARCA:	MODELO:	AÑO:	
NÚMERO DE TABLILLA:	SERIE:		
NÚMERO DE MARBETE:	FECHA DE EXPIRACIÓN	Día: ____ / Mes: ____ / Año: ____ /	
6. NOMBRE DEL CONCESIONARIO			
7. NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO			
8. DIRECCIÓN			
Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal		
Teléfono de Contacto:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Celular:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Teléfono de la Oficina:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: _____		
Número de Facsímile:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Correo Electrónico:			
Página Web:			
9. VEHÍCULO CUMPLE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Altura mínima del compartimiento del paciente deberá ser 60" pulgadas.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	División entre el compartimiento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Acceso al interior de la ambulancia por ambos lados del vehículo.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Invertidor de 12 voltios a 110 A/C.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Radio - Teléfono.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Mapas.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tres triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DTOP).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos extintores de 5 lbs., Tipo ABC. (Uno ubicado en el módulo y otro ubicado en la cabina del operador).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Letrero de "NO FUMAR"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo fijo o portátil de los materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso inmediato.	

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá disponer de una lámpara tipo "goose neck".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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 rígidos (<i>Yankeur</i>) de diferentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tres unidades de resucitación manual. (Una unidad deberá ser de tamaño para adulto. Las otras de tamaño Pediátrico y Neonatal). Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas de oxígeno suplementario y reservorio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Varios "Air Way Kit" (vías de aires orofaríngeos para adultos y niños).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Sistema de oxígeno portátil y un sistema de oxígeno fijo o central. (Ambos equipos deberán tener reguladores de presión con capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno central deberá tener un humidificador).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Unidades adaptables a los tubos o líneas de oxígeno.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un estetoscopio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos esfigmomanómetros. Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños. Tablillas:	
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades inferiores: " <i>Traction Splint</i> "	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro (4) collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: (1) Pequeño (1) Mediano (1) Grande (1) Pediátrico	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla de pala.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla fija a la pared de 75"de largo por 21 ½" de ancho.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Silla plegadiza para el movimiento de pacientes " <i>stair chair</i> "	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Una tabla larga " <i>Long Board</i> " acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de cabeza.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un " <i>Kendrick Extrication Device</i> " (<i>KED</i>).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un "set" de correas para restringir.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Desfibrilador Automático: Modelo: _____ Número de Serie: _____	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Urinales.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	" <i>Bed Pans</i> " (Chata).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Depresores de lengua.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Frisas resistentes al fuego.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Envase para vomitar " <i>Kidney Basin</i> ".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un equipo Gineco-Obstétrico de emergencias " <i>Ob-Kit</i> "	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos "kits" de protección personal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla desechable, guantes desechables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para desperdicios biomédicos. Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos sabanas estériles desechables para pacientes quemados.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Gasas estériles de diversos tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes elásticos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro vasos desechables (mínimo).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos botellas de 500 ml de agua estéril para irrigación.	



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.	FECHA DE LA INSPECCIÓN	2.	NÚMERO DE INSPECCIÓN												
	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____														
3.	LUGAR DE LA INSPECCIÓN	4.	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN												
5.	INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO INSPECCIONADO														
	MARCA: _____	MODELO: _____	AÑO: _____												
	NÚMERO DE TABLILLA: _____	SERIE: _____													
	NÚMERO DE MARBETE: _____	FECHA DE EXPIRACIÓN	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____												
6.	NOMBRE DEL CONCESIONARIO:														
7.	NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:														
8.	DIRECCIÓN:														
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">Dirección Física:</td> <td colspan="3"> _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"> _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>			Dirección Física:	_____				_____				Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Física:	_____														

	Ciudad	Estado	Zona Postal												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">Dirección Postal:</td> <td colspan="3"> _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"> _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ciudad</td> <td style="text-align: center;">Estado</td> <td style="text-align: center;">Zona Postal</td> </tr> </table>			Dirección Postal:	_____				_____				Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____														

	Ciudad	Estado	Zona Postal												
	Teléfono de Contacto: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____														
	Celular: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____														
	Teléfono de la Oficina: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: _____														
	Número de Facsímil: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____														
	Correo Electrónico: _____														
	Página Web: _____														
9.	VEHÍCULO CUMPLE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:														
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Altura mínima del compartimiento del paciente deberá ser 60" pulgadas.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	División entre el compartimiento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Acceso al interior de la ambulancia por ambos lados del vehículo.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Invertidor de 12 voltios a 110 A/C.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Radio - Teléfono.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Mapas.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Seis (6) triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DTOP).												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos extintores de 9 lbs., Tipo ABC. (Uno ubicado en el módulo y otro ubicado en la cabina del operador).												
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Letrero de "NO FUMAR"												

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo fijo o portátil de los materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso inmediato.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá disponer de una lámpara tipo "goose neck".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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 rígidos (<i>Yankeur</i>) de diferentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tres (3) unidades de resucitación manual. (Una unidad deberá ser de tamaño para adulto. Las otras de tamaño Pediátrico y Neonatal). Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas de oxígeno suplementario y reservorio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Varios "Air Way Kit" (vías de aires orofaríngeos para adultos y niños).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Sistema de oxígeno portátil y un sistema de oxígeno fijo o central. (Ambos equipos deberán tener reguladores de presión con capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno central deberá tener un humidificador).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Unidades adaptables a los tubos o líneas de oxígeno.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Dos (2) mascarillas de oxígeno con reservorio "non re breathing" para pacientes adultos. • Dos (2) mascarillas de oxígeno con reservorio "non re breathing" para pacientes pediátricos. • Dos (2) cánulas nasales de oxígeno para pacientes adultos. • Dos (2) cánulas nasales de oxígeno para pacientes pediátricos. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un estetoscopio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos esfigmomanómetros. Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños. Tablillas:	
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades inferiores: "Traction Splint"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro (4) collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: (1) Pequeño (1) Mediano (1) Grande (1) Pediátrico	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla de pala.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla fija a la pared de 75"de largo por 21 ½" de ancho.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Silla plegadiza para el movimiento de pacientes "stair chair"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Una tabla larga "Long Board" acompañada de cuatro (4) correas de seguridad y un inmovilizador de cabeza.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un "Kendrick Extrication Device" (KED).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un "set" de correas para restringir.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Desfibrilador Automático: Modelo: _____ Número de Serie: _____	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Urinales.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	"Bed Pans" (Chata).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Depresores de lengua.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Frisas resistentes al fuego.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Envase para vomitar "Kidney Basin".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un equipo Gineco-Obstétrico de emergencias "Ob-Kit"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos "kits" de protección personal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla desechable, guantes desechables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para desperdicios biomédicos. Deberá cumplir con las especificaciones de OSHA.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos sabanas estériles desechables para pacientes quemados.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Gasas estériles de diversos tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes elásticos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro vasos desechables (mínimo).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos botellas de 500 ml de agua estéril para irrigación.	



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.	FECHA DE LA INSPECCIÓN			2.	NÚMERO DE INSPECCIÓN
	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____				
3.	LUGAR DE LA INSPECCIÓN			4.	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN
					TCAMB -
5.	INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO INSPECCIONADO				
	MARCA:		MODELO:		AÑO:
	NÚMERO DE TABLILLA:		SERIE:		
	NÚMERO DE MARBETE:		FECHA DE VENCIMIENTO:	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____	
6.	NOMBRE DEL CONCESIONARIO:				
7.	NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:				
8.	DIRECCIÓN:				
	Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			
	Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			
	Teléfono de Contacto:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____			
	Celular:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____			
	Teléfono de la Oficina:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: _____			
	Número de Facsímile:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____			
	Correo Electrónico:				
	Página Web:				
9.	VEHÍCULO CUMPLE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:				
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Altura mínima del compartimento del paciente deberá ser 60".	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	División entre el compartimento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Espacio de separación mínima entre camillas debe ser 10".	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Acceso al interior de la ambulancia por ambos lados del vehículo.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Invertidor de 12 voltios a 110 AC, por sus siglas en ingles.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Radio - Teléfono	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Mapas	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Tres (3) triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DTOP).	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Dos (2) extintores de cinco (5) libras, Tipo ABC <ul style="list-style-type: none"> • Uno ubicado en el módulo y el otro ubicado en la cabina del operador. 	

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Letrero de aviso: "NO FUMAR"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo fijo o portátil y los materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso de inmediato.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Lámpara tipo <i>goose neck</i> .	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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 rígidos <i>Yankeur</i> de diferentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tres (3) unidades de resucitación manual. (Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas de oxígeno suplementario y reservorio.) <ul style="list-style-type: none"> • Una unidad de tamaño para adulto • Una de tamaño pediátrico • Una de tamaño neonatal 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Varios <i>Air Way Kits</i> de vías de aire orofaríngeos para adultos y niños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Sistema de oxígeno portátil y sistema de oxígeno fijo o central. Ambos equipos deberán tener reguladores de presión con capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno central deberá tener un humidificador.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Unidades adaptables a los tubos o líneas de oxígeno.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 2 mascarillas de oxígeno con reservorio "<i>non rebreathing</i>" para pacientes adultos. • 2 mascarillas de oxígeno con reservorio "<i>non rebreathing</i>" para pacientes pediátricos. • 2 cánulas nasales de oxígeno para pacientes adultos. • 2 cánulas nasales de oxígeno para pacientes pediátricos. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2 mascarillas de terapia respiratoria para pacientes adultos y pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Estetoscopio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2 esfigmomanómetros. (Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.)	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 <i>Destrostix</i> o Glucómetro.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de monitor cardíaco portátil el cual deberá incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor/desfibrilador manual de transporte: Modelo _____ Número de Serie _____ • Paletas para desfibrilación para pacientes adultos y pediátricos • Gelatina "<i>jelly</i>" de conducción • Cables de Monitor • Nueve (9) Electrodo 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Inmovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños. Tablillas:	
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Inmovilizadores de extremidades inferiores: <i>Traction Splint</i>	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4 collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: (1) Pequeño (1) Mediano (1) Grande (1) Pediátrico	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla de pala.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla fija a la pared de 75" de largo por 21 ½" de ancho.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Silla plegadiza para el movimiento de pacientes " <i>stair chair</i> "	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 tabla larga <i>Long Board</i> acompañada de 4 correas de seguridad y un inmovilizador de cabeza.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 " <i>Kendrick Extrication Device</i> " (<i>KED</i>).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 " <i>set</i> " de correas para restringir.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Urinales.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<i>Bed Pans</i> (Chata).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Depresores de lengua.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Frisas resistentes al fuego.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Envase para vomitar <i>Kidney Basin</i> .	

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 equipo gineco-obstétrico de emergencias " <i>Ob-Kit</i> "	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2 " <i>kits</i> " 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.)	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2 sabanas estériles desechables para pacientes quemados.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Gasas estériles de diversos tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes elásticos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4 vasos desechables (mínimo).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2 botellas de 500 ml de agua estéril para irrigación.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Solución normal salina.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Lactato de Ringer.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres para vejiga urinaria.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	"Sets" de administración intravenosa: <ul style="list-style-type: none"> • Cinco (5) macro • Cinco (5) micro 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	20 toallitas con alcohol.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ungüento antiséptico <i>Betadine</i> .	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres de succión suaves " <i>french</i> " de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la Agencia Federal OSHA.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1 maletín 747 para almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo completo de intubación endotraqueal, el cual deberá incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. • Un (1) "<i>Esophageal Gastric Tube Airway</i>" (EGTA) completo, o su equivalente • Pinzas de Magill • Lubricante soluble en agua • Esparadrappo 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Laringoscopio compuesto por: <ul style="list-style-type: none"> • Mango adulto y pediátrico • "<i>Blades</i>" curvos y rectos tamaños de 0 al 4 • Baterías de repuesto • Bombillas de repuesto • Estiletes de diferentes tamaños 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente:	
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres o angios para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24 g-14 g), cuatro (4) c/u.
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Agujas desechables de diferentes tamaños (18g-21g), 3 c/u.
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: <ul style="list-style-type: none"> • 4 de c/u: (1 ml, 3 ml, 10 ml) • 3 de c/u: (30 ml y 50 ml)
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4 torniquetes venosos.
TODA UNIDAD DE CATEGORIA III 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, DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO.			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. <ul style="list-style-type: none"> • De contestar "SÍ", verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Se verificaron todos los medicamentos, cantidad y fecha de expiración.	



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.	FECHA DE LA INSPECCIÓN			2.	NÚMERO DE INSPECCIÓN
	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____				
3.	LUGAR DE LA INSPECCIÓN			4.	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN
					TCAMB - _____
5.	INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO INSPECCIONADO				
	MARCA:		MODELO:		AÑO:
	NÚMERO DE TABLILLA:		SERIE:		
	NÚMERO DE MARBETE:		FECHA DE VENCIMIENTO:	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____	
6.	NOMBRE DEL CONCESIONARIO				
7.	NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO				
8.	DIRECCIÓN				
	Dirección Física:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			
	Dirección Postal:	_____ _____ Ciudad Estado Zona Postal			
	Teléfono de Contacto:	_____/_____/____/ - ____/____/____/ - ____/____/____/			
	Celular:	_____/_____/____/ - ____/____/____/ - ____/____/____/			
	Teléfono de la Oficina:	_____/_____/____/ - ____/____/____/ - ____/____/____/ Ext.: _____			
	Número de Facsímil:	_____/_____/____/ - ____/____/____/ - ____/____/____/			
	Correo Electrónico:				
	Página Web:				
9.	VEHÍCULO CUMPLE CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:				
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Altura mínima del compartimiento del paciente deberá ser 60".	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Asiento del asistente debe estar localizado en la cabecera del paciente.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	División entre el compartimiento del paciente y el operador de la ambulancia permita la comunicación verbal entre ambos.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Espacio de separación mínima entre camillas debe ser 10".	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Acceso al interior de la ambulancia por ambos lados del vehículo.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Invertidor de 12 voltios a 110 AC, por sus siglas en ingles.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Radio - Teléfono	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Mapas	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Acondicionador de aire deberá estar funcionando adecuadamente.	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Seis (6) triángulos reflectores de emergencia aprobados por el Departamento de Obras Públicas (DTOP).	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Dos (2) extintores de nueve (9) libras, Tipo ABC <ul style="list-style-type: none"> • Uno ubicado en el módulo y el otro ubicado en la cabina del operador. 	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	Aviso: "NO FUMAR"	

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo fijo o portátil y los materiales médico-quirúrgicos deberán estar accesibles para uso de inmediato.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Lámpara tipo <i>goose neck</i> .		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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 rígidos <i>Yankeur</i> de diferentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tres (3) unidades de resucitación manual. (Todas las unidades deberán contar con mascarillas, líneas de oxígeno suplementario y reservorio.) <ul style="list-style-type: none"> • Una unidad de tamaño para adulto • Una de tamaño pediátrico • Una de tamaño neonatal 		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Varios <i>Air Way Kits</i> de vías de aire orofaríngeos para adultos y niños.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Sistema de oxígeno portátil y sistema de oxígeno fijo o central. Ambos equipos deberán tener reguladores de presión con capacidad para administrar hasta 15 litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno central deberá tener un humidificador.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Unidades adaptables a los tubos o líneas de oxígeno.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 2 mascarillas de oxígeno con reservorio "<i>non rebreathing</i>" para pacientes adultos. • 2 mascarillas de oxígeno con reservorio "<i>non rebreathing</i>" para pacientes pediátricos. • 2 cánulas nasales de oxígeno para pacientes adultos. • 2 cánulas nasales de oxígeno para pacientes pediátricos. 		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos (2) mascarillas de terapia respiratoria para pacientes adultos y pediátricos.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Estetoscopio.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos (2) esfigmomanómetros. (Uno para pacientes adultos y otro para paciente pediátricos.)		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<i>Destrostix</i> o Glucómetro.		
Equipo de monitor cardíaco portátil el cual deberá incluir lo siguiente:				
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Monitor/desfibrilador manual de transporte: Modelo _____ Número de Serie _____		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Paletas para desfibrilación para pacientes adultos y pediátricos		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Gelatina " <i>jelly</i> " de conducción		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cables de Monitor		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Nueve (9) Electrodo		
Inmovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños.				
Tablillas:		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Inmovilizadores de extremidades inferiores: <i>Traction Splint</i>		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro (4) collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: (1) Pequeño (1) Mediano (1) Grande (1) Pediátrico		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla de pala.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Camilla fija a la pared de 75" de largo por 21 ½" de ancho y soporte de más de 500 libras.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Silla bariátrica.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Silla plegadiza para el movimiento de pacientes " <i>stair chair</i> "		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Una (1) tabla larga " <i>Long Board</i> " acompañada de 4 correas de seguridad y un inmovilizador de cabeza.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Una (1) " <i>Kendrick Extrication Device</i> " (<i>KED</i>).		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un (1) " <i>set</i> " de correas para restringir.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Urinales.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<i>Bed Pans</i> (Chata).		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Depresores de lengua.		

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Frisas resistentes al fuego.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Envase para vomitar <i>Kidney Basin</i> .
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un (1) equipo gineco-obstétrico de emergencias " <i>Ob-Kit</i> "
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Transportador bariátrico (manta).
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos (2) " <i>kits</i> " 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.)
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos (2) sábanas estériles desechables para pacientes quemados.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Gasas estériles de diversos tamaños.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes elásticos.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vasos desechables (cuatro mínimo).
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos (2) botellas de 500 ml de agua estéril para irrigación.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Solución normal salina.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Lactato de Ringer.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres para vejiga urinaria.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	"Sets" de administración intravenosa: <ul style="list-style-type: none"> • Cinco (5) macro • Cinco (5) micro
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Veinte (20) toallitas con alcohol.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ungüento antiséptico <i>Betadine</i> .
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres de succión suaves " <i>french</i> " de diferentes tamaños.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la Agencia Federal OSHA.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Maletín 747 para almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo completo de intubación endotraqueal, el cual deberá incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Varios tubos endotraqueales de los siguientes tamaños: 3.0 mm hasta 9.0 mm. • Un (1) "<i>Esophageal Gastric Tube Airway</i>" (EGTA) completo, o su equivalente • Pinzas de Magill • Lubricante soluble en agua • Esparadrapo
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Laringoscopio compuesto por: <ul style="list-style-type: none"> • Mango adulto y pediátrico • "<i>Blades</i>" curvos y rectos tamaños de 0 al 4 • Baterías de repuesto • Bombillas de repuesto • Estiletes de diferentes tamaños
Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente:		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres o angios para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24 g-14 g). Cuatro (4) c/u.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Agujas desechables de diferentes tamaños (18g-21g), 3 c/u.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: <ul style="list-style-type: none"> • 4 de c/u: (1 ml, 3 ml, 10 ml) • 3 de c/u: (30 ml y 50 ml)
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro (4) torniquetes venosos.
TODA UNIDAD DE CATEGORIA III 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 SEGÚN EL REGLAMENTO NÚM.6737, "REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS EN PUERTO RICO", 17 DE DICIEMBRE DE 2003, DE LA COMISIÓN DE SERVICIO PÚBLICO.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. <ul style="list-style-type: none"> • De contestar "SÍ", verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado.



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. FECHA DE LA INSPECCIÓN		2. NÚMERO DE INSPECCIÓN:	
Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____			
3. LUGAR DE LA INSPECCIÓN		4. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:	
5. NOMBRE DEL CONCESIONARIO			
6. NOMBRE DEL PROPIETARIO O DIRECTOR			
7. DIRECCIÓN			
Dirección Física:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono de Contacto:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Número de Celular:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Teléfono de la Oficina:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ Ext.: _____		
Facsímile:	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____		
Correo Electrónico:			
Página WEB:			
8. AEREONAVE INSPECCIONADA			
MODELO:		AÑO:	
NÚMERO DE COLA O MATRÍCULA:			
CERTIFICADO "AIR WORTHINESS":			
NÚMERO DE SERIE:			
CODE:			
GENERATE Nr.:			
9. AMBULANCIA AÉREA (IV) CUMPLE CON LOS CRITERIOS SIGUIENTES:			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Interior de la ambulancia deberá estar limpio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Espacio amplio para permitir la entrada segura "loading" de un paciente en camilla sin que esta rote más de 10° con relación al eje lateral.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Interior será lo suficiente espacioso para acomodar dos (2) miembros del equipo médico en el área donde será atendido el paciente durante el vuelo.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de comunicación aprobado por la Agencia Federal de Aviación. <ul style="list-style-type: none"> En el caso de las ambulancias de ala rotatoria, el equipo de comunicación debe permitir la comunicación entre el personal médico, el despacho y el Médico Control. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ambulancias de alas rotarias: la aeronave tendrá una luz de búsqueda externa "search light" con un poder de iluminación mínimo de 400,000' candela a 200' de distancia. La luz de búsqueda deberá estar separada del sistema de iluminación de aterrizaje y tener la capacidad de rotar 180° grados lateralmente y que pueda ser controlada desde el interior de la nave.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Iluminación en el área del paciente equivalente a 40' candela, "Foot - Candle".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	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.	

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Audífonos "headsets" de radio-comunicación que permitan comunicación constante entre el piloto y el personal médico.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de oximetría de pulso.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Monitor no invasivo de presión arterial, adaptable a pacientes adultos y pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Monitor cardíaco con marcapasos externo y desfibrilador; además con capacidad para realizar un electrocardiograma (E.K.G.) completo de doce (12) "leads" (conectores de cables).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ventilador mecánico portátil diseñado para transporte.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Incubadora de transporte.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tubos nasogástricos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Bomba de infusión de líquido intravenoso.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Estetoscopio.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos esfigmomanómetros. <ul style="list-style-type: none"> • Uno para pacientes adultos. • Uno para pacientes pediátricos. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos unidades de resucitación manual. (Ambas unidades deberán contar con mascarilla, línea de oxígeno suplementario y reservorio). <ul style="list-style-type: none"> • Una unidad de tamaño adulto. • Una unidad de tamaño pediátrico. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo "sets" de vías de aires orofaríngeos para adultos y niños, "Air Way Kits"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Sistema de oxígeno portátil y fijo (central). Ambos equipos deberán tener reguladores de presión con capacidad para administrar hasta quince litros de oxígeno por minuto. El sistema de oxígeno central deberá tener un humidificador.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Unidades adaptables a los tubos o líneas de oxígeno.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración de oxígeno, el cual incluirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos mascarillas de terapia respiratoria para pacientes adultos y pediátricos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades superiores para adultos y niños. Tablillas:	
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 4 ½"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 3"x 3"
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos o más acolchonadas 15"x 3"
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Deberá estar provista de inmovilizadores de extremidades inferiores: "Traction Splint"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro collares cervicales rígidos de los siguientes tamaños: Uno Pequeño Uno Mediano Uno Grande Uno Pediátrico	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo portátil o fijo de succión con la capacidad de generar una presión de succión mínima de 600 ml. de mercurio. (Ambos equipos deberán estar acompañados por catéteres de succión rígidos "Yankeur" de diferentes tamaños para pacientes adultos y pediátricos).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Una tabla larga "Long Board" acompañada de cuatro correas de seguridad y un inmovilizador de cabeza.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un "Kendrick Extrication Device" (KED).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un conjunto de correas para restringir.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Urinales.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	"Bed Pans" (Chata).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Depresores de lengua.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Una frisa resistente al fuego.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Envase para vomitar "Kidney Basin".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un equipo gineco-obstétrico de emergencias "Ob-Kit"	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos "kits" de protección personal. Cada unidad deberá incluir una bata desechable, una mascarilla desechable, guantes desechables, protección adecuada para los ojos y una bolsa especial para desperdicios biomédicos. Este equipo deberá cumplir con las especificaciones de OSHA.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Esparadrapos o vendajes adhesivos de diferentes tamaños.	

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes de gasa en rollos de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos sabanas estériles desechables para pacientes quemados.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Gasas estériles de diversos tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Vendajes elásticos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuatro vasos desechables mínimo.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Guantes desechables de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dos botellas de 500 cc de agua estéril para irrigación.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Solución salina (normal).	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Lactato de "Ringer".	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres para vejiga urinaria.	
		"Dextrostix" o Glucómetro.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo de administración intravenosa: <ul style="list-style-type: none"> • Cinco Macro • Cinco micro 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Veinte toallitas con alcohol.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ungüento antiséptico "Betadine" .	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres de succión suaves "french" de diferentes tamaños.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un recipiente para desperdicios biomédicos afilados que cumpla con los requisitos establecidos por la agencia Federal OSHA.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un maletín 747 para el almacenamiento de fármacos y materiales médicos relacionados.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Un equipo completo de intubación endotraqueal el cual deberá incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Laringoscopio compuesto por: <ul style="list-style-type: none"> • Mango adulto y pediátrico • "Blades" curvos y rectos tamaños de cero al cuatro. • Baterías de repuesto • Bombillas de repuesto • Estiletes de diferentes tamaños. 	
		Cuatro torniquetes venosos.	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Equipo para administrar los medicamentos, el cual deberá contener lo siguiente:	
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Catéteres o angios para procedimiento intravenosos de diferentes tamaños (24g-14g), 4 c/u.
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Agujas desechables de diferentes tamaños (18g - 21g), 3 c/u.
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Jeringuillas desechables de los siguientes tamaños: <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro: (1cc, 3cc, 10 cc) • Tres: (30 cc y 50 cc)
	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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).			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cuenta con el listado de los medicamentos requeridos por el control médico para la debida verificación y aprobación. <ul style="list-style-type: none"> • De contestar "Sí" verificar todos y cada uno de los medicamentos indicados en el documento anejado. 	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Se verificaron todos los medicamentos, cantidad y fecha de expiración.	



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos

NTSP-CINSPU-TCAMB-OR-027
MAYO/2018



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

FECHA DE LA INSPECCIÓN	___ de ___ de ___		NÚMERO DE TABLILLA		
NOMBRE DEL CONCESIONARIO			MARCA		
NOMBRE COMERCIAL			MODELO Y AÑO		
REGISTRACIÓN DEL VEHÍCULO			NÚMERO DE SERIE (VIN)		
DIRECCIÓN DEL DESPACHO Y/O FACILIDADES			TELÉFONO	___/___/___ - ___/___/___	
			CELULAR	___/___/___ - ___/___/___	
			CORREO ELECTRÓNICO		
NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	TCAMB-		FECHA DE VIGENCIA		
HORA QUE INICIÓ LA INSPECCIÓN	___ AM	___ PM	HORA QUE TERMINÓ LA INSPECCIÓN	___ AM	___ PM

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 Reglamento. Para que así conste, firmo este documento, hoy ___ de ___ de ___. En ___ de Puerto Rico.

_____ Nombre del Agente de Orden Público NTSP	_____ Puesto que Ocupa	_____ Número de Placa
_____ Nombre del Agente de Orden Público NTSP	_____ Puesto que Ocupa	_____ Número de Placa



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

FECHA DE LA INSPECCIÓN	_____ de _____ de _____			
NOMBRE DEL CONCESIONARIO			NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	
NOMBRE COMERCIAL			FECHA DE VIGENCIA	
DIRECCIÓN DEL DESPACHO Y/O FACILIDADES		TELÉFONO	____/____/____ - ____/____/____	
		CELULAR	____/____/____ - ____/____/____	
		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 INSPECCIÓN	_____AM	_____PM	HORA QUE TERMINÓ LA INSPECCIÓN	_____AM _____PM

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 Reglamento. Para que así conste, firmo este documento, hoy _____ de _____ de _____. En _____ de Puerto Rico.

Nombre del Agente de Orden Público NTSP	Puesto que Ocupa	Número de Placa
Nombre del Agente de Orden Público NTSP	Puesto que Ocupa	Número de Placa



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 INSPECCIÓN		2. NÚMERO DE INSPECCIÓN:	
Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____			
3. INFORMACIÓN DEL CONCESIONARIO			
Nombre del Concesionario:	_____		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Inicial
Nombre del Representante Autorizado:	_____		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre Inicial
Licencia de Conducir:	Categoría:	Fecha de Vencimiento:	_____ / _____ / _____
			Día Mes Año
Dirección Residencial:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal:	_____		

	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono Residencial:	_____/_____/_____-_____/_____/____/	Número de Autorización:	_____
Teléfono de la Oficina:	_____/_____/_____-_____/_____/____/	Categoría(s):	_____
Correo Electrónico:	_____	Fecha de Vencimiento:	_____
4. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
Tipo de entidad:	<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> AGENCIA ESTATAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL		
Nombre de la Compañía	_____		
Nombre de la Compañía Aseguradora:	_____		
Número de Póliza de Seguro:	_____	Tipo de Cubierta:	_____
Fecha de Expiración:	Día: _____ / Mes: _____ / Año: _____	Cantidad de Unidades:	_____
5. DESPACHO/OFICINA			
Lista de Empleados de Turno	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Registro de Llamadas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Programa de Turno	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Mapa del Área de Trabajo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
6. SISTEMA DE COMUNICACIONES:			
Radio:	_____		
Marca:	_____		
Modelo:	_____		
Serie:	_____		
Permiso F.C.C.:	_____		
TX:	_____	RX:	_____
Tipo de Antena:	_____		
7. COMENTARIOS:			

Nombre del Inspector

Firma

Número de Licencia