ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

MUNICIPIO AUTÓNOMO DE SAN JUAN

OP-MSJ- 301 Rev. diciembre 2015
Vendedores Ambulantes

OFICINA DE PERMISOS
MUNICIPIO AUTÓNOMO DE SAN JUAN

PARA USO OFICIAL
Núm. de Caso:

SOLICITUD DE LICENCIA

Favor de completar los encasillados según aplique, aquellos marcados con ateristicos(*) son obligatorios.

Fecha*:		**Tramite:**	☐ **Nueva** ☐ **Renovación- Núm. de Licencia**_____

LICENCIA DE NEGOCIO AMBULANTE

Nombre del Negocio o Actividad*:

Categoría*: ☐ Regular ☐ Ocasional

Clasificación*: ☐ Negocio Ambulante a Pie ☐ Negocio Ambulante de Mesa ☐ Negocio Ambulante de Piso ☐ Negocio Ambulante de Kiosco ☐ Negocio Ambulante de Mano o Pedal ☐ Negocio Ambulante Motorizado

LOCALIZACION Y DIRECCION FISICA

Distrito de Calificación*:	Calle / Carretera*:
Zona de Inundabilidad*:	Número / Kilometro*: Unidad/Apartamento:
Zona Histórica: ☐ Si ☐ No	Sector o Urbanización*:
Descripción o Punto de Referencia de la Ubicación o Ruta de Circulación*:	Barrio*:
	Municipio: San Juan
	Código Postal:

OPERACIÓN DEL NEGOCIO AMBULANTE

Días de Operación	**Horario de Operación**

Reglones (Artículos o Servicios a Vender)

Descripción de la Unidad

Unidad	**Modelo y Año**	**Número de Tablilla**

DUEÑO PRINCIPAL DEL NEGOCIO AMBULANTE

Incluya el Número de Seguro Social en caso de persona natural (un individuo) o el Número de Seguro Patronal (EIN) en caso de persona jurídica (una organización)

Tipo*: ☐ Persona Natural (Individuo)-SSN: ☐ Persona Jurídica (Organización)-EIN:

Nombre*:	**Organización:**		
Dirección Residencial*:			
Dirección Postal*:			
Municipio/Ciudad*:	**Estado:**	**País*:**	**Codigo Postal***:
Teléfono Principal*:	**Correo Electrónico:**		

Número de Licencia de Conducir*:	**Ocupación*:**	☐ **Empleado o Funcionario Municipal**
Ciudadania*:	**Lugar de Nacimiento*:**	**Fecha de Nacimiento*:**

CO-DUEÑO, SOCIO, ACCIONISTA U OPERADOR DEL NEGOCIO AMBULANTE

Incluya el Número de Seguro Social en caso de persona natural (un individuo) o el Número de Seguro Patronal (EIN) en caso de persona jurídica (una organización)

Tipo*: ☐ Persona Natural (Individuo)-SSN: ☐ Persona Jurídica (Organización)-EIN:

☐ Co-Dueño ☐ Socio ☐ Accionista ☐ Operador

Nombre*:	**Organización:**		
Dirección Residencial*:			
Dirección Postal*:			
Municipio/Ciudad*:	**Estado:**	**País*:**	**Codigo Postal***:
Teléfono Principal*:	**Correo Electrónico:**		
Número de Licencia de Conducir*:	**Ocupación*:**	☐ **Empleado o Funcionario Municipal**	
Ciudadania*:	**Lugar de Nacimiento*:**	**Fecha de Nacimiento*:**	

CO-DUEÑO, SOCIO, ACCIONISTA U OPERADOR DEL NEGOCIO AMBULANTE

Incluya el Número de Seguro Social en caso de persona natural (un individuo) o el Número de Seguro Patronal (EIN) en caso de persona jurídica (una organización)

Tipo*: ☐ Persona Natural (Individuo)-SSN: ☐ Persona Jurídica (Organización)-EIN:

☐ Co-Dueño ☐ Socio ☐ Accionista ☐ Operador

Nombre*:	**Organización:**		
Dirección Residencial*:			
Dirección Postal*:			
Municipio/Ciudad*:	**Estado:**	**País*:**	**Codigo Postal***:
Teléfono Principal*:	**Correo Electrónico:**		
Número de Licencia de Conducir*:	**Ocupación*:**	☐ **Empleado o Funcionario Municipal**	
Ciudadania*:	**Lugar de Nacimiento*:**	**Fecha de Nacimiento*:**	

NEGOCIO AMBULANTE EN CADENA

Número de Unidades	Clasificación/Lugar de Ubicación o Ruta/Operación de Cada Uno	Reglones de Bienes o Servicios	Categoria , Número de Licencia, Fecha de Expedición y Expiración , Municipio

DECLARACIÓN

He evaluado, cumplimentado, revisado y aceptado la información que antecede. Declaro que la misma es veraz, correcta y completa. AFIRMO y RECONOZCO las consecuencias de presentar información falsa o incompleta sobre la acción propuesta.

Fecha: _____ Firma: _____

PROPONENTE

Fecha: _____ Firma: _____

FUNCIONARIO DE OP

#130 Ave. Jose De Diego, Urb. La Riviera - Edif. Trilito piso 3 y 4
Rio Piedras, Puerto Rico Tel. (787)480-3080 Fax. (787) 764-9149
PO Box 70179 • San Juan PR 00936-8179
www.sanjuanciudadpatriacom