OGPe | GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina de Gerencia de Permisos

PARA USO OFICIAL			
Núm. Caso:			
OGPe-002-0111	CFI	CSA	PUS

Solicitud de Certificación para la Prevención de Incendios y/o Certificación de Salud Ambiental

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

TIPO DE CERTIFICACIÓN A SOLICITAR

☐ Certificación para la Prevención de Incendios ☐ Certificación de Salud Ambiental

INFORMACIÓN DEL PROPONENTE [1]

Nombre*: Carmen Feliciano | Organización:

Dirección Postal*: PO BOX 192238

Municipio / Ciudad*: San Juan Estado: PR País*: Puerto Rico Código Postal*: 00919-238

Teléfono Principal*: 787-647-5745 | Correo Electrónico*: o.ramos@firstmedicalpr.com

INFORMACIÓN DE DUEÑOS Y ARRENDATARIOS

Tipo de Dueño*: ☐ Persona Natural (Individuo) ☐ Persona Jurídica (Organización) – EIN:

Nombre de Dueño*:

Nombre de Arrendatario(s): | Organización:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE Y/O CONTACTO PARA FACILITAR LA INSPECCIÓN [2]

Nombre*: Olga Ramos | Organización:

Dirección Postal*: PO BOX 192238

Municipio / Ciudad*: San Juan Estado: PR País*: Puerto Rico Código Postal*: 00919-238

Teléfono Principal*: 787-647-5745 | Correo Electrónico*: o.ramos@firstmedicalpr.com

DATOS DEL USO Y LA LOCALIZACIÓN FÍSICA

Número de Catastro*: 06012 076-086-03-000

Nombre del Proyecto/Local: International Pharmacy

Tipo de Uso*: Farmacia

Permiso de Uso a Inspeccionar*:

Descripción o Puntos de Referencia*:

Calle / Carretera*: 129

Número / Kilómetro*: 0.1 Unidad / Apartamento:

Sector o Urbanización*: Ave. San Luis Edificio Hospital Regional

Barrio*:

Municipio*: Arecibo

Código Postal: 00613

DETALLES DEL ESTABLECIMIENTO

Cantidad de Plantas/Niveles*: | Área Bruta de Construcción*: | Pies Cuadrados (pies²)

Material de Construcción*:

☐ Hormigón Armado ☒ Hormigón Armado y Bloques ☐ Madera y Combinaciones ☐ Acero Estructural ☐ Otros: _____

DETALLES PARA LA CERTIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Esta información sólo aplica en caso que se solicite la Certificación para la Prevención de Incendios.

Descripción de los Medios de Salida:

DETALLES PARA LA CERTIFICACIÓN DE SALUD AMBIENTAL

Esta información sólo aplica en caso que se solicite la Certificación de Salud Ambiental.

¿Pozo Séptico?*: ☐ Sí ☐ No

¿Agua Caliente?*: ☐ Sí ☐ No

Instalaciones Sanitarias*: ☐ Alcantarillado Sanitario ☐ Tanque de Retención ☐ Otros: _____

☐ Tanque Séptico con Pozo Filtrante ☐ Tanque Séptico con Lechos de Percolación ☐ Tanque Séptico con Trincheras de Percolación

DECLARACIÓN

En casos certificados a radicarse presencialmente este documento debe ir sellado por el proyectista y firmado por un representante de servicio de la OGPe.

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.

Carmen Feliciano — NOMBRE DEL PROPONENTE

x Carmen Feliciano — FIRMA DEL PROPONENTE

FECHA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

FIRMA DEL FUNCIONARIO

FECHA

[1] Persona a quien se le otorga la Certificación.
[2] Persona quien hace la gestoría, si aplica.