

Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia

ADSEF

Oficina de Inspección y Certificación

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE ESTABLECIMIENTO
DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL**

**SOLAMENTE SE PROCESARÁN SOLICITUDES COMPLETAS,
INCLUYENDO ANEJOS.**

Toda solicitud incompleta será devuelta al establecimiento solicitante.

PARA USO DE LA OIC UNICAMENTE

Fecha ____/____/____

Número de Autorización /____/____/____/____/____/____/____/____

Número de expediente /____/____/____/____/____/____/____/____

Firma Autorizada _____

TIPO DE ACCION () AUTORIZACION () DENEGACION

PARTE I. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO** _____

2. **¿CUÁNDO ABRIÓ (O ABRIRÁ) BAJO EL NUEVO PROPIETARIO?** Mes /____/____/ Día/____/____ Año /____/____/____/____

3. **TIPO DE NEGOCIO – Marque uno en parte A y uno en parte B de ser necesario.**

- | | | |
|--|----------------------------|--|
| () Super Store - Ventas brutas anuales de \$5 millones o más | () Carnicería | () Otra combinación |
| () Supermarket - Ventas brutas anuales de \$2 millones hasta \$5 millones | () Colmado /Restaurant | () Otras tiendas de alimentos |
| () Large Grocery - Ventas brutas anuales de \$1 millón hasta \$2 millones | () Colmado /Bar | () Panadería |
| () Medium Grocery - Ventas brutas anuales de \$250 mil hasta \$ 1 millón | () Comidas Especializadas | () Pescadería |
| () Small Grocery - Ventas brutas anuales igual o menos a \$250 mil | () Comisaría Militar | () Puesto de Verduras y Frutas |
| () Cooperativa sin fines de lucro (para compra y venta de alimentos) | () Gasolinera /tiendita | () Ruta de Pan |
| () Public Private Non-Profit Communal Dining Facility | () Mayorista | () Ruta de Verduras y Frutas
(Ambulante Especifique) |
| | () Mercado Agrícola | |

4. **ESTRUCTURA LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO – Marque un solo tipo:**

- () Un solo propietario () Corporación privada () Cooperativa () Sociedad () Corporación Pública () Gubernamental

5. **UBICACIÓN MUNICIPAL DEL COMERCIO** _____

6. **¿ESTO ES UN ESTABLECIMIENTO EN CADENA?** Si () No () ¿Esta tienda es una franquicia? () Si () No
Para estos fines, un establecimiento en cadena es UNA DE UN GRUPO DE ONCE O MAS tiendas detallistas identificadas de la misma forma (bajo un dueño corporativo o franquicia.) De ser así, indique el núm. de Unidad de la Cadena. /____/____/____/____/____/____/____/____

7. **NUMERO DE TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO** Código de Área /____/____/____/____ Número /____/____/____/____ - /____/____/____/____

Código de Área /____/____/____/____ Número /____/____/____/____ - /____/____/____/____

8. **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DEL ESTABLECIMIENTO** _____

9. **DIRECCION POSTAL**

Ruta y Buzón Rural/Apartado Postal _____

____ Ciudad _____ Puerto Rico, Código Postal /____/____/____/____ - /____/____/____/____

10. **DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (Según Permiso de Uso)**

a. **UBICACIÓN FISICA** Número del establecimiento o puesto _____

Calle _____ Número _____ Carretera _____

K.M. _____ Sector _____ Barrio _____

Municipio _____ Puerto Rico, Código Postal /____/____/____/____ - /____/____/____/____

(Si es un agricultor y posee más de una finca añadir las direcciones)

b. Calle y Número _____

Municipio _____ Puerto Rico, Código Postal /____/____/____/____ - /____/____/____/____

PARTE II. IDENTIFICACION DEL LA CORPORACION O ENTIDAD

11. SNN SEGURO SOCIAL PATRONAL /___/___/-/___/___/-/___/___/___/___
 SEGURO SOCIAL INDIVIDUO /___/___/-/___/___/-/___/___/___/___
12. NOMBRE DE LA CORPORACION _____
13. Si el NIP está bajo un nombre comercial que no es el del establecimiento, escriba el nombre del negocio que tiene el NIP asignado. _____ Si no tiene Número de Identificación Patronal (NIP) y reporta los impuestos del establecimiento al Departamento de Hacienda bajo el Número de Seguro Social (NSS) de uno de los propietarios, escriba el nombre del propietario cuyo NSS se usa para reportar los impuestos del establecimiento _____ NSS ____ - ____ - ____.
14. NOMBRE DEL DUEÑO _____
15. NUMERO DE TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO Código de Área /___/___/___/___ Número /___/___/___/___/___/___
16. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO DEL ESTABLECIMIENTO _____
17. DIRECCION POSTAL DE LA CORPORACION, SI ES DISTINTA A LA PÁGINA 1 (Por ejemplo, la compañía matriz o de franquicia)
Nombre del Negocio _____
Calle y Número _____ Apartado Postal _____
Ciudad _____ Estado /___/___/___/___ Código Postal /___/___/___/___/___/___
18. NUMERO DE AGENTE RETENEDOR EN EL CERTIFICADO DE REGISTRO DE COMERCIANTE (HACIENDA) _____

PARTE III – OPERACIONES Y VENTAS DEL ESTABLECIMIENTO

19. ¿ESTE ESTABLECIMIENTO ABRE TODO EL AÑO? De no ser así, indique abajo los meses en que la tienda no está operando. () Si () No
 Enero (01) Abril (04) Julio (07) Octubre (10)
 Febrero (02) Mayo (05) Agosto (08) Noviembre (11)
 Marzo (03) Junio (06) Septiembre (09) Diciembre (12)
20. ¿ESTE ESTABLECIMIENTO ABRE 24 HORAS AL DÍA? () Si () No
De no ser así, ¿Cuáles son las horas de operación del establecimiento? Indique abajo los DIAS y las HORAS
 (L) de ____ a ____ (K) de ____ a ____ (M) ____ a ____ (J) ____ a ____
 (V) de ____ a ____ (S) de ____ a ____ (D) ____ a ____
21. ¿CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN EL ESTABLECIMIENTO? Número /___/___/___/___
(Incluyendo los que reciben paga y los que no, a tiempo completo o parcial, propietario y familiares.)
22. ¿CUÁNTAS CAJAS REGISTRADORAS TIENE EL ESTABLECIMIENTO? NÚMERO /___/___
 ¿CUÁNTOS PUNTOS DE VENTAS TIENE EL ESTABLECIMIENTO? NÚMERO /___/___
 ¿Algunas de estas cajas tiene LECTORES DIGITALES (SCANNERS)? Si No
23. ¿ESTE ESTABLECIMIENTO ESTÁ AUTORIZADO POR EL ESTADO PARA ACEPTAR VALES DEL PROGRAMA “WIC” O CHEQUES DEL BANCO PARA PAGAR POR ALIMENTOS SUPLEMENTARIOS PARA MUJERES, NIÑOS E INFANTES? Si No
De ser así, ¿cuál es su número de identificación como vendedor del Programa “WIC”? /___/___/___/___/___/___/___/___
De no ser así, ¿se le ha denegado o se ha descalificado a la tienda de su participación en el “WIC”? () Si () No
Si este es el caso, anexe una explicación escrita dando la fecha en que fue descalificado o denegado y las razones para ello.

24. ALIMENTOS BASICOS EN EXISTENCIA

(Llene la parte A o la B) Para contestar las preguntas use los términos según se definen a continuación:

ALIMENTOS BASICOS: Pan, arroz, pasta, productos lácteos, frutas, vegetales y carnes (frescas, empacados, enlatados o congelados). (No cuente las comidas calientes, comidas preparadas como emparedados o ensaladas, dulces, condimentos, especias, café, té, cacao o bebidas no carbonatadas.)

- ✓ **VARIEDAD:** Suficientes artículos en cada grupo de alimentos básicos enumerados abajo para satisfacer las necesidades de alimentos de la mayoría de las personas.
- ✓ **ALIMENTOS PERECEDEROS:** Alimentos frescos, congelados o refrigerados que se pueden dañar en (2) dos a (3) tres semanas.

→ **PARTE A: Firmas que tienen una línea completa de mercado – Llene esta parte si su tienda mantiene una existencia continua de una amplia variedad en los tipos de alimentos que se enumeran en cada categoría.**

MARQUE “VARIEDAD o “PERECEDERO” por cada categoría de alimentos básicos que usted venda en la tienda, que caiga bajo la definición.

CATEGORIA DE ALIMENTOS BASICO	EJEMPLO DE ALIMENTOS BASICOS	VARIEDAD	PERECEDERO
CARNES /AVES /PESCADO	Res, pollo, tocineta, jamón, mariscos, etc.... (frescas, congeladas y enlatadas)	()	()
ENLATADAS/ CONGELADAS /EMPACADAS	Variedad de comidas-----	()	()
FRUTAS /VEGETALES	Frutas, vegetales, jugos 100%, (incluye frescos Congelados y enlatados) -----	()	()
HUEVOS	Huevos frescos, en polvo o liquido -----	()	()
PAN /CEREAL	Pan, cereal, pasta, granos, arroz, harina-----	()	()
PRODUCTOS LACTEOS	Queso, mantequilla, leche, yogur-----	()	()

→**PARTE B: Firmas con una línea especializada de productos básicos – Llene esta parte si su negocio vende una variedad o línea de alimentos básicos limitada, por ejemplo: una panadería, una ruta de leche, un puesto de viandas o una carnicería. Proporcione el total de ventas anuales en Alimentos Básicos al Detal para el mismo periodo de tiempo que se reportó en la Pregunta 24 (A) ó 24 (B) arriba, para Ventas Brutas. Esto puede ser una cifra estimada.**

- o Siga la definición de Alimentos Básicos que se ofrece arriba
- o No incluya comidas calientes, comidas preparadas, tales como emparedados, ensaladas, dulces, condimentos, especias, café, té, cacao, bebidas carbonatadas o no carbonatadas.

25. MARQUE EL TIPO DE INVENTARIO Y SERVICIOS EN ESTE ESTABLECIMIENTO QUE NO SON ALIMENTOS (Marque todos lo que apliquen):

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------|-----------------------------------|---|
| () Aceite de motor | () Cerveza /vino | () Ferretería | () Otros servicios. ¿Cuáles son? | () Ropa |
| () Artículos para el hogar | () Comidas calientes | () Gasolina | () Piezas de Auto | () (Juegos, videos, farmacia, etc.) Identifique: |
| () Billetes de Lotería | () Equipo de Exteriores | () Licor | () Productos de tabaco | _____ |

26. MARQUE LA CATEGORIA Y CIRCULE EL INVENTARIO DE ALIMENTOS BASICOS EN EXISTENCIA EN EL ESTABLECIMEINTO.

➤ **(Los alimentos básicos no incluyen dulces, condimentos, especias, café, té, cacao, bebidas carbonatadas o no carbonatadas)**

- | | |
|--|---|
| () Comidas enlatadas /congeladas/ empacadas (incluyendo jugos 100%) | () Pescados /Mariscos |
| () Productos lácteos (leche, queso, mantequilla, yogur, etc.) | () Aves (pollo, pavo, etc.) |
| () Carnes (res, cerdo, ternera, cabrito, etc.) | () Productos frescos (frutas, vegetales) |
| () Pan, productos horneados, arroz, pasta, cereal, papitas galletas, dulces, galletas saladas, etc, | () Huevos |

PARTE IV – PROPIETARIOS O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL ESTABLECIMIENTO

27. IDENTIFICACION DEL PROPIETARIO

A. NOMBRES DEL PROPIETARIO Y DIRECCION RESIDENCIAL- No incluya esta información para corporaciones públicas. Anote la información solicitada a continuación para empresas con un solo propietario, sociedades, accionistas principales de corporaciones privadas u oficiales de una cooperativa. Incluya los cónyuges en estados con sociedad de bienes gananciales, incluya en esta solicitud la misma información para dos personas más. **ESCRIBA LOS NOMBRES EXACTAMENTE COMO APARECEN EN LA TARJETA DE SEGURO SOCIAL. ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS /OFICIALES EN EL ORDEN DE PRIORIDAD QUE DESEA RECIBIR LA CORRESPONDENCIA DE OIC - ADSEF.**

→ **SE LE PODRÁ SOLICITAR QUE VERIFIQUE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL**

a) Nombre _____ Apellido(s) _____ Título _____

Número de Seguro Social /__/__/ - /__/__/ - /__/__/ / Fecha de Nacimiento Mes/__/ / Día /__/ / Año __/__/

Teléfono Código de Área /__/__/ Número /__/__/ - /__/__/

Dirección de correo electrónico _____

Dirección Postal _____

_____ Pueblo _____ ZipCode _____

b) Nombre _____ Apellido(s) _____ Título _____

Número de Seguro Social /__/__/ - /__/__/ - /__/__/ / Fecha de Nacimiento Mes/__/ / Día /__/ / Año __/__/

Teléfono Código de Área /__/__/ Número /__/__/ - /__/__/

Dirección de correo electrónico _____

c) ¿Indique si usted ha tenido o tiene comercio certificado por la OIC? Si () No ()

d) Escriba el nombre del comercio _____ Pueblo _____ y/o
corporación _____

e) ¿Indique si usted ha sido dueño o representante autorizado de algún comercio multado o revocado por la ADSEF? Si () No ()

f) Escriba el nombre del comercio _____.

g) Indique si usted está cubierto bajo la ley de quiebra. Si () No ()

28. PROCESADOR DONDE SE DEPOSITARÁN LOS FONDOS DEL PAN

Nombre del Procesador _____

Banco _____

Sucursal _____

Nombre del contacto _____

Dirección física (Calle y número) _____

Ciudad _____ Estado /__/ / Código Postal /__/__/ - /__/__/

Número de teléfono del Procesador Código de Área /__/__/ Número /__/__/ - /__/__/

Tabla para Merchant y Terminales (estos números de ID los provee el procesador)

29. CIFRAS DE VENTAS: Usted puede estimar las ventas a base de los recibos para un periodo de operaciones como puede ser una semana, un mes, o las ventas del propietario anterior.

MARQUE ABAJO



- A. **INDIQUE EL METODO QUE ESTA USANDO PARA REPORTAR LAS VENTAS BRUTAS:** (Reporte ventas estimadas **únicamente** si no tiene cifras de ventas reales para el periodo de los últimos 12 meses). Convierta todos los estimados a un total de 12 meses. Si la tienda aun no ha abierto, calcule las ventas aproximadas.

METODO PARA REPORTAR VENTAS BRUTAS
--

Se le podrá requerir que someta evidencia de ventas. Se le podrá solicitar que actualice la información cuando estén disponibles las cifras de reales. Marque el encasillado correspondiente **Ventas Brutas Anuales Reales ()** **Ventas Brutas Anuales Estimadas ()**

30. VENTAS ANUALES BRUTAS AL DETAL Y AL POR MAYOR EN ESTA LOCALIZACION, SEGÚN LE FUERON REPORTADAS AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA EN LA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS.

- A. **AÑO FISCAL-** Si se reportó con el método de ventas brutas reales para esta localización Año _____
 Anote el año en el cual se reportaron estas ventas al Departamento de Hacienda y escriba el total de todas las ventas reales. Marque el encasillado correspondiente. \$/_____,/_____,/_____.00

- B. **TOTAL, ELEGIBLE EN VENTAS ANUALES DE ALIMENTOS AL DETAL.** (Incluyendo efectivo, crédito y beneficios de asistencia nutricional). No incluya comidas calientes, tabaco, bebidas alcohólicas, artículos que no sean alimentos tales como productos de papel y limpieza o ventas al por mayor. Esta puede ser una cifra estimada. \$/_____,/_____,/_____.00

31. ¿OPERA USTED UNA FIRMA MAYORISTA Y DETALLISTA EN LA MISMA LOCALIZACION? () Si () No

Si la repuesta es que **Sí**, llene el A y el B

- A. El total anual de ventas brutas al detal es: \$/_____,/_____,/_____.00
 B. El total anual de ventas brutas al por mayor es \$/_____,/_____,/_____.00
 C. Porcentaje de ventas al por mayor. /_____%

Total, de Ventas Anuales al Detal en Alimentos Básicos: \$/_____,/_____,/_____.00

Su firma da fe de la veracidad y exactitud de toda la información en este formulario y de que usted leyó la advertencia y certificación en la declaración adjunta, "Declaración, Advertencia y Certificación sobre Privacidad para establecimiento en el Programa de Asistencia Nutricional". Se le podrá requerir que someta copias de planillas contributivas u otras evidencias de ventas, copias de inventario, u otros expedientes para verificar la información proporcionada en este formulario.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

TITULO

FECHA

PERSONA AUTORIZADA ADICIONAL
 (esposo / esposa o miembro de la Junta, debe incluir documentos personales como antecedentes penales, id y planillas)

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO /_____-/_____-/_____

INSTRUCCIONES PARA LA RADICACIÓN:

Esta solicitud podrá ser radicada en las Oficinas Centrales de la Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia Localizadas en el Capitol Office Building #800 Ave. Ponce de León, Santurce, Puerto Rico o por correo certificado con acuse de recibo a la siguiente dirección:

REQUISITOS NUEVA SOLICITUD Y RENOVACIÓN

* No aplica para Agricultor

** No aplica para Hogares

- 1. Fotos fachada rotulación visible Fotos inventario de alimentos en góndolas y neveras
(Mínimo 4) (Si es panadería traer fotos adicionales de panera, hornos y vitrinas)
- * 2. Patente Municipal (vigente).
- * 3. Certificación negativa de deuda por concepto del pago de patente municipal.
- * 4. **PERMISO UNICO (copia)** Del mismo no estar a nombre del propietario deberá traer contrato de alquiler o compraventa.
- 5. Declaración Jurada (El dueño o representante hace constar que cumple con los requisitos de un negocio elegible. (**Original - formato provisto por la ADSEF**).
- 6. Certificación Negativa de Antecedentes Penales del dueño (No podrá tener más de 6 meses de emitido).
- 7. Giro por la cantidad de **\$70.00** para certificado **por 2 años**. (A nombre del secretario de hacienda).
- 8. Identificación con foto.
- 9. Certificación de Agricultor Elegible al Mercado Familiar ADEA – (**Solo para Agricultores**)
- 10. Certificación de Agricultor Bonafide. (**Solo para Agricultores**)
- 11. Solicitud (**Solicitudes Nuevas**). En renovación, si ha tenido algún cambio.
CERTIFICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA:
- 12. Certificación negativa de deuda contributiva **personal y/o corporativa** según sea el caso o evidencia de plan de pago y estar al día con el mismo.
- 13. Certificación de radicación de Planillas de contribución sobre ingresos **personal y/o corporativo** de los últimos 5 años según sea el caso. **Modelo SC 2781 (De no haber rendido en algún o ningún momento)**
- 14. Planillas de Contribución sobre ingreso **personal y/o corporativo** por los años correspondientes. (**Últimos dos años**)
SURI
- ** 15. Certificado Registro de comerciantes (**Hacienda**)
- ** 16. Certificación negativa de Deuda del Impuesto sobre Venta y Uso. (IVU).
- ** 17. Certificación radicación de Planillas del Impuesto sobre Venta y Uso (IVU).
- ** 18. Planilla del Impuesto de Venta y Uso de los tres (3) meses anteriores. (IVU).
IRS
- 19. Planilla Federal 1040 (pago de Seguro Social Federal) (**copia**)
CERTIFICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE SUSTENTO DE MENORES (ASUME):
- 20. Certificación Negativa de Deuda de Pensión Alimentaria (**ASUME personal**).
- 21. Certificación Estado de Cumplimiento (**ASUME Patronal**).
- CERTIFICACIONES DEL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO:**
- 22. Certificación Negativa de Deuda de Contribuciones de Seguro por Desempleo y Seguro por Incapacidad No Ocupacional temporal o plan de pago y estar al día con el mismo.
- 23. Certificación Negativa de Deuda de Seguro Choferil o plan de pago y estar al día con el mismo.
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO (CFSE)
- 24. Póliza vigente de la Corporación (**CFSE**) Certificación
CERTIFICACIONES DEL CENTRO DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS MUNICIPALES (CRIM):
➤ Del dueño o de la Corporación de así serlo.
- 25. Certificación de Deuda por todos los Conceptos o evidencia de plan de pago o Certificación Negativa de Propiedad Inmueble.
- 26. Certificación de Radicación de Planillas sobre la Propiedad **Mueble**. En caso de que el solicitante no posea propiedad mueble, deberá presentar una Certificación Negativa de Propiedad Mueble.
CORPORACIONES
- 27. Certificación vigente de cumplimiento del Departamento de Estado (**'Good Standing'**)
- 28. Certificación Radicación de Planillas de los últimos cinco años (**corporativa**).
- 29. Certificación negativa de Deuda Contributiva
- 30. Resolución Corporativa o Certificación nombrando a un representante autorizado
- 31. Certificado de Registro (**Departamento de Estado**)
HOGARES E INSTITUCIONES
- * 32. Licencia vigente de la agencia gubernamental a la que le corresponda autorizar su operación. (**Informes Trimestrales**).

Importante

Patente, Permiso Único y Registro de comerciante deben tener la misma dirección física.

Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia
Oficina de Inspección y Certificación
P. O. Box 8000
San Juan, PR 00910 – 0800