|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OOT  REV. Mayo 2017 | |  | | --- | | PARA USO OFICIAL | | Num. de Caso: | |  |   MUNICIPIO DE BAYAMÓN  **Oficina de Ordenamiento Territorial** |
|
| **DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL CAMBIO DE CALIFICACIÓN** | |

Para completar la solicitud de Cambio de Calificación a tramitarse bajo las disposiciones del Reglamento Conjunto de Permisos para Obras de Construcción y Uso de Terrenos, es necesario someter la información que se indica a continuación:

**DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR SOLICITUD (Los documentos con (\*) serán requeridos siempre)**

Además, de cumplir con los requisitos generales establecidos en la Regla 5.3 (Presentación de Solicitudes de Servicio), todo solicitante de un cambio de calificación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aplica | N/A | Rep. | | | | |
| □ | □ | □ | 1. Evidencia de titularidad, si está creando un perfil de proyecto o actividad (PDF).\* | | | |
| □ | □ | □ | 1. Certificación de No Deuda ante el CRIM. | | | |
| □ | □ | □ | 1. Autorización del dueño del solar al dueño del proyecto para llevar a cabo la acción propuesta, si no son las misma persona (PDF).\* | | | |
| □ | □ | □ | 1. Autorización del dueño del proyecto para tramitar la solicitud, si no es el proponente (PDF)\*. | | | |
| □ | □ | □ | 1. Certificación de proyectista, en caso de que el proyectista que certifica la obra, si alguno, no está radicando la solicitud (PDF).\* | | | |
| □ | □ | □ | 1. Certificación del especialista, en caso de que algún especialista certifique un componente de la solicitud (PDF). | | | |
| □ | □ | □ | 1. Recomendación Municipal, en caso que el acceso a la obra sea a través de una vía municipal (PDF). | | | |
| □ | □ | □ | 1. Memorial Explicativo que incluya descripción clara y completa del sector, su localización, características sobresalientes, importancia agrícola, histórica, escénica, cultural o natural las razones que apoyan la solicitud del cambio de calificación y justificación del beneficio que derivaría la comunidad o el sector con respecto al mismo. Además, deberá incluir los espacios de estacionamiento a proveerse (PDF).\* | | | |
| □ | □ | □ | 1. Plano o mapa catastral, en donde se indique claramente las propiedades colindantes a la propiedad objeto de la petición y los usos a que se dedican las mismas. En caso de que el colindante sea una vía acceso o un cuerpo de agua, se incluirá a las propiedades al otro lado de dicha vía o del cuerpo de agua. (PDF)\* | | | |
| □ | □ | □ | 1. Lista certificada con los nombres y las direcciones postales de todos los dueños de propiedades que colindan con la propiedad objeto de la solicitud, que se identifiquen conforme al inciso anterior; incluyendo el correo electrónico de ser posible. | | | |
| □ | □ | □ | 1. En caso de que un colindante sea un condominio bajo el régimen de la propiedad horizontal, se proveerá la dirección postal de la Asociación de Residentes o de Condóminos. | | | |
| □ | □ | □ | 1. En caso de que el o los colindante(s) tenga control de acceso, además de éste, se deberá incluir la dirección de la asociación de residentes. | | | |
| □ | □ | □ | 1. De no ser posible conseguir alguna de las direcciones postales de los colindantes, el proponente solicitará a la Comité Adjudicativo de Ordenamiento Territorial el uso de un método alterno de notificación, según la Sección 6.3.4 (Método Alterno de Notificación). | | | |
| □ | □ | □ | 1. Fotografías Frontal de cada una de las Propiedades objeto de cambio.\* | | | |
| □ | □ | □ | 1. Evidencia de tramitación de cumplimiento Ambiental. | | | |
| □ | □ | □ | 1. Se solicitará Plano de Mensura y Topografía si es una finca o a discreción de la Oficina de Ordenación Territorial. La Oficina de Ordenación Territorial no procesará solicitudes incompletas o se sometan todos los documentos requeridos. | | | |
| Manifiesto que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y doy mi consentimiento para que sea verificada. Entiendo que cualquier información fraudulenta es motivo para cancelar esta solicitud. | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del Solicitante | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Solicitante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha (día/mes/año) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del Funcionario OOT | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Funcionario OOT | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha (día/mes/año) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DE PROYECTO Y PETICIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| Favor de completar los encasillados según aplique, aquellos marcados con asteriscos (\*) son obligatorios. | | | | | |
| Fecha: |  | Centro de Servicios: |  | Trámite: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROYECTO O ACTIVIDAD** | | | | |
| **Nombre del Proyecto o Actividad\*:** | | | | |
| **Casos de Referencia**: | | | | **Tipo de Proyecto\*:** □ Público □ Privado □ Alianza Público-Privada |
| **Ubicación General\*:**  □ Urbana □ No Urbana | | | | **Clasificación\*:**  □ Residencial □ Comercial □ Telecomunicaciones  □ Institucional □ Industrial □ Otros |
| **Tipo de Trámite\*:**  □ Certificado □ No Certificado | | | |
| **LOCALIZACIÓN Y DIRECCIÓN FÍSICA** | | | | |
| **Número de Catastro\*: - - - - -** | | | | Calle / Carretera\*:  Número /Kilómetro\*: Unidad / Apartamento:  Sector o Urbanización\*:  Barrio\*:  Municipio\*:  Código Postal: |
| Distrito de Calificación\*:  Distrito Sobrepuesto: | | | |
| Zona de Inundabilidad\*: | □ Zona Histórica | | |
| Cabida (Área Total) según Mensura\*:  Cabida (Área Total) según Escritura\*: | | | |
| Descripción o Puntos de Referencia\*: | | | | |
| Servidumbre: □ AEE □ AAA □ Cable TV □ DTOP □ Municipal □ Telecomunicaciones □ Otros | | | | |
| **DUEÑO PRINCIPAL DEL PROYECTO** | | | | |
| Incluya los últimos cuatro (4) dígitos del 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 Postal\*:  Municipio /Ciudad\*: Estado: País\*: Código Postal\*: - | | | | |
| Teléfono Principal\*: ( )- - | | Correo Electrónico\*: | | |
| **PROYECTISTA** | | | | |
| Sólo es requerido llenar la siguiente información de proyectista si se tramita un caso certificado. | | | | |
| \  Tipo de Licencia Profesional\*: | | | | Número de Licencia\*: |
| Nombre\*: | | | | Organización: |
| Dirección Postal\*:  Municipio / Ciudad\*: Estado: País\*: Código Postal\*: - | | | | |
| Teléfono Principal\*: ( )- - | | | Correo Electrónico\*: | |
| **COLINDANTES** | | | | |
| Nombre o Descripción\*: Dirección Postal:  **NORTE\*:**  Distrito de Calificación\*: | | | | |
| Nombre o Descripción\*: Dirección Postal:  **SUR\*:**  Distrito de Calificación\*: | | | | |
| Nombre o Descripción\*: Dirección Postal:  **ESTE\*:**  Distrito de Calificación\*: | | | | |
| Nombre o Descripción\*: Dirección Postal:  **OESTE\*:**  Distrito de Calificación\*: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓN** | | |
| En casos certificados a radicarse presencialmente este documento debe ir sellado por el proyectista y firmado por un representante de servicio de la OGM | | |
| 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE DEL PROPONENTE FIRMA DEL PROPONENTE FECHA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE DEL PROPONENTE FIRMA DEL PROPONENTE FECHA | | |
|  |  |
| **Solicitud de Cambio de Calificación** | |

Favor de completar los encasillados según aplique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Proyecto Existente?** | □ | Si | |  | | --- | | Número de Caso: | | |
| □ | No |
|  | | | | |
| Entidad solicitante\* | □ | Pública | |  |
| □ | Privada | |
| Distrito de calificación solicitado\*. |  | | | |
| Tipo de uso propuesto\* |  | | | |
| Distrito especial solicitado\* |  | | | |
| Tipo de uso propuesto\* |  | | | |
| Justifique brevemente su solicitud para un cambio de calificación\* | | | | |

Los campos con (\*) son requeridos y no podrán dejarse en blanco.

|  |  |
| --- | --- |
| Manifiesto que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y doy mi consentimiento para que sea verificada. Entiendo que cualquier información fraudulenta es motivo para cancelar esta solicitud. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Solicitante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha (día/mes/año) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Funcionario | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha (día/mes/año) |