

SOLICITUD PARA ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud
(Para uso de la Oficina)

Fecha de la solicitud

____ / ____ / ____
día mes año

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A. Se requiere una inscripción separada e individual en el registro por cada local, oficina, laboratorio, sucursal o establecimiento principal o de práctica profesional, donde el solicitante cultive, manufacture, distribuya, realice pruebas de calidad de laboratorio o dispense Cannabis Medicinal.

Formularios requeridos anejados y firmados (deben anejar a su solicitud los siguientes formularios completados y firmados):

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <small>Solicitante</small> | <small>N/A</small> | <small>Uso oficial</small> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afirmación y Consentimiento (CM-A-01) - Número de certificaciones incluidas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02) - Número de certificaciones incluidas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización para divulgar información (CM-A-03) - Número de certificaciones incluidas: _____ |

Información adicional:

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación de antecedentes penales del solicitante y de ser una entidad jurídica la que está solicitando el registro, Certificación de antecedentes penales de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores, de no más de tres (3) meses de haber sido emitida. - Número de certificaciones incluidas: _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de Certificado de Incorporación, incluyendo todas las enmiendas. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artículos o estatutos de Organización, incluyendo enmiendas y acuerdos de accionistas. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contrato de sociedad, incluyendo enmiendas. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evidencia de no deuda en el Departamento de Hacienda. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de la estructura corporativa de todos los establecimientos que propone. Este informe será en forma narrativa, detallado y debe de incluir la siguiente información: <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Desglose del porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Desglose de todos los lugares desde donde la corporación ha conducido negocios durante los pasados diez (10) años; y un desglose de todos los países y estados de los EE.UU. donde la corporación está autorizada a realizar negocios.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prueba de residencia en Puerto Rico durante al menos dos (2) años del (los) dueño(s) primario(s).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Narrativa sobre el plan y modelo de negocios.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Organigrama o diagrama de la estructura corporativa.</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desglose del porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desglose de todos los lugares desde donde la corporación ha conducido negocios durante los pasados diez (10) años; y un desglose de todos los países y estados de los EE.UU. donde la corporación está autorizada a realizar negocios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prueba de residencia en Puerto Rico durante al menos dos (2) años del (los) dueño(s) primario(s). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Narrativa sobre el plan y modelo de negocios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Organigrama o diagrama de la estructura corporativa. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desglose del porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desglose de todos los lugares desde donde la corporación ha conducido negocios durante los pasados diez (10) años; y un desglose de todos los países y estados de los EE.UU. donde la corporación está autorizada a realizar negocios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prueba de residencia en Puerto Rico durante al menos dos (2) años del (los) dueño(s) primario(s). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Narrativa sobre el plan y modelo de negocios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Organigrama o diagrama de la estructura corporativa. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe financiero o su equivalente que evidencie capacidad para sustentar el establecimiento. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de ubicación de cada establecimiento propuesto que incluya prueba de cumplimiento con el requisito de distancia de al menos 304.8 metros de distancia de una escuela, centro preescolar o centro de cuidado de niños (Véase Art. 18 inciso A -19 del Reglamento 8766). | | | | | | | | | | | | | | | |

Entrega de solicitud:

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago del arancel correspondiente, según indicado en la Sección II de este formulario, el cual se puede hacer mediante cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda. (Véase el Artículo 89 inciso (c) del Reglamento 8766 para el Uso, Posesión, Cultivo, Manufactura, Fabricación, Dispensación, Distribución e Investigación del Cannabis Medicinal).
- o La Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de investigación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de siete (7) días a partir de que sea requerida, a menos que la Oficina indique otra cosa. Si el Solicitante no provee la evidencia o información requerida en o antes de la fecha límite establecida por la Oficina, esto puede resultar en la denegación de su solicitud.
- o Debe someter su solicitud **personalmente** en el:

Departamento de Salud

Centro Médico Norte, Edificio A, Calle Periferia Interior, Bo. Monacillos, Río Piedras

SECCIÓN I Información General

Nombre de la Corporación / Solicitante			
Nombre del dueño			
Dirección física			
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico	
Dirección postal			

Pueblo	Código Postal	Teléfono	Seguro Social Patronal
Estructura Legal del Establecimiento	<input type="checkbox"/> Un solo dueño <input type="checkbox"/> Corporación C <input type="checkbox"/> Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación S <input type="checkbox"/> Compañía de emisión pública	<input type="checkbox"/> Sociedad limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> Otra
Estado de Incorporación	Fecha de incorporación ____ / ____ / ____ día mes año	Número de Registro de Comerciante (Departamento de Hacienda)	

Anote todas las marcas o nombres comerciales usados por la entidad comercial

LICENCIAS

SECCIÓN II Licencia(s) que solicita

Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad
<input type="checkbox"/> Cultivo	_____	<input type="checkbox"/> Transportación	_____
<input type="checkbox"/> Manufactura	_____	<input type="checkbox"/> Laboratorio	_____
<input type="checkbox"/> Distribución	_____	<input type="checkbox"/> Dispensario	_____

Comentarios:

NOTA: El solicitante debe indicar la cantidad y ubicación de licencias que interesa solicitar; para que así la Oficina pueda procesar y registrar las mismas.

SECCIÓN III Tipo y cantidad de establecimientos propuestos

Indique la cantidad de establecimientos que propone establecer en el encasillado de "Establecimientos propuestos" correspondiente al tipo de establecimiento que propone. Luego, multiplique el número de establecimientos que propone por la cantidad que aparece en el encasillado de "Arancel por establecimiento" y escriba el resultado en el encasillado denominado "Arancel correspondiente". Finalmente, sume el total de cantidades que haya escrito en todos los encasillados del "Arancel correspondiente" y escríbalo a la derecha del encasillado inferior denominado "Total de aranceles".

CULTIVO

Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente
Solicitud para Cultivar: Área de cultivo de hasta 10,000 p ²	\$10,000.00		
Solicitud para Cultivar: Área de cultivo desde 10,001 p ² hasta 20,000 p ²	\$15,000.00		
Solicitud para Cultivar: Área de cultivo desde 20,001 p ² en adelante	\$25,000.00		

MANUFACTURA

Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente
Solicitud para manufactura (Infundidos con extracciones basados en agua y/o alimentos)	\$7,500.00		
Solicitud para manufactura (A base de extracciones con químicos y gases inflamables)	\$15,000.00		

DISPENSARIO

Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente
Solicitud para dispensario	\$5,000.00		

DISTRIBUCIÓN

Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente

Solicitud para distribución	\$25,000.00		
TRANSPORTACIÓN			
Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente
Solicitud para transportación	\$10,000.00		
LABORATORIO			
Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente
Solicitud para laboratorio	\$10,000.00		
TOTAL DE ARANCELES			

SECCIÓN IV Cuestionario Cualitativo

1. ¿Es alguno de los dueños, (incluyendo cualquier de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación) menor de 21 años de edad? Provea copia de identificación con foto emitida por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o por algún estado de los EE.UU. que refleje la fecha de nacimiento de cada uno de los dueños.	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
2. Indique si al dueño o cualquiera de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación: a. Se le ha denegado una licencia (Ej. Expendio de bebidas alcohólicas, juegos de azar, entre otros) b. Se le ha otorgado antes una licencia (Ej. Expendio de bebidas alcohólicas, juegos de azar, entre otros) c. O si ha tenido intereses en otra entidad a la que se le haya negado, suspendido o revocado una licencia (Ej. Expendio de bebidas alcohólicas, juegos de azar, entre otros) De contestar en la afirmativa cualquiera de las anteriores, explique la situación en una hoja aparte.	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
3. ¿Alguno de los dueños, accionistas, oficiales, socios del establecimiento, o el solicitante ha ostentado una licencia de Cannabis Medicinal previa esta solicitud? De contestar en la afirmativa, detalle en una hoja separada el nombre de las partes licenciadas y de las partes interesadas pecuniariamente en este licenciamiento.	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
4. ¿Es alguno de los dueños, (incluyendo cualquier de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación) médico? De contestar en la afirmativa, ha solicitado y se le ha concedido para una licencia para recomendar Cannabis Medicinal?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		
5. Enumere las personas que, además del dueño y los accionistas, que tienen un interés pecuniario en el establecimiento, o quienes proveerán dinero, inventario, bienes muebles o equipo para el uso del desarrollo del establecimiento o quienes recibirán dinero de las ganancias de este establecimiento. Puede utilizar una hoja de papel adicional.			
Nombre	Edad	Seguro social	Interés
6. Aneje copias de todo instrumento negociable, acuerdo escrito, notas o detalle del acuerdo oral por el cual cualquier persona ha de compartir las ganancias e ingresos de este establecimiento.			

SECCIÓN V Estructura del establecimiento

Anote los nombres de todos los individuos o entidades con interés propietario, de todos los oficiales y directores, tenga interés propietario en la compañía o no. Si una entidad (corporación, sociedad, sociedad de responsabilidad limitada, etc.) tuviera interés propietario, anote los nombres de todas las personas asociadas a dicha entidad, su propiedad sobre la empresa, y su propiedad efectiva sobre la licencia. Anote los nombres de cualquier empresa matriz, sociedad de accionistas u otra entidad comercial con interés en este establecimiento. De necesitarlo, puede proveer información adicional en una hoja aparte.

Nombre	Título	Núm. de Seguro Social Personal o Patronal
Dirección		
Pueblo	Código postal	Teléfono
Afiliación (con Empresa matriz y Sub-entidad)		Porcentaje de propiedad en el establecimiento
Nombre	Título	Núm. de Seguro Social Personal o Patronal
Dirección		

Pueblo	Código postal	Teléfono
Afiliación (con Empresa matriz y Sub-entidad)		Porcentaje de propiedad en el establecimiento
Nombre	Título	Núm. de Seguro Social Personal o Patronal
Dirección		
Pueblo	Código postal	Teléfono
Afiliación (con Empresa matriz y Sub-entidad)		Porcentaje de propiedad en el establecimiento
¿Hay opciones y/o garantías pendientes? De contestar afirmativamente, anexe la lista de personas con opciones y/o garantías.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
SECCIÓN VI Historial de los Individuos de la Corporación		
1. Indique si a los dueños o a cualquiera de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación ha incumplido en el pago de multas o impuestos a agencias gubernamentales en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o en EEUU. De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte y anexe evidencias de acuerdos de pago o cancelación de la deuda.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
2. Indique si a los dueños o a cualquiera de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación ha radicado una solicitud de quiebra en los últimos cinco (5) años, si la misma se le ha denegado, o si se ha nombrado en su representación un agente fiscal, síndico, síndico de reorganización o persona similar. De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
3. Indique si a los dueños o a cualquiera de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación actualmente o alguna vez ha participado en algún negocio fiduciario. De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
4. Indique si a los dueños o a cualquiera de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación actualmente o alguna vez han sido objeto de alguna querrela, sentencia, resolución administrativa, estipulación, o transacción de pleito relacionado a la violación de leyes, reglamentos o estatutos estatales o federales sobre monopolios, comercio, competencia justa, valores o derecho mercantil. De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte. Incluya todo material que actualmente sea objeto de litigación o disputa.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
5. Indique si a los dueños o a cualquiera de los socios, de ser una sociedad; miembros o el administrador, de ser una sociedad limitada; u oficiales, accionistas o directores, de ser una corporación actualmente o alguna vez durante los pasados 5 años han sido objeto de o iniciado alguna demanda, querrela o cualquier proceso adjudicativo de naturaleza judicial, dentro o fuera de la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
6. Indique si los dueños tienen la capacidad económica para operar el establecimiento de cannabis medicinal para el cual solicitan licencia durante al menos doce (12) meses. De contestar afirmativamente, provea un Informe financiero o su equivalente que evidencie capacidad para sustentar el establecimiento por al menos doce (12) meses.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Nombre de la persona encargada de los récords del solicitante	Título	
Dirección	Teléfono	
Nombre de la persona que prepara las planillas del solicitante	Título	
Dirección	Teléfono	
Ubicación de los récords financieros del establecimiento solicitante		

Total de aranceles a pagar	\$ _____
----------------------------	----------

Nombre y firma del Solicitante	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año
Nombre y firma del técnico que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año