

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):

Solicitante N/A Uso oficial

- Afirmación y Consentimiento (CM-A-01) - Número de certificaciones incluidas: _____
- Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02) - Número de certificaciones incluidas: _____
- Autorización para divulgar información (CM-A-03) - Número de certificaciones incluidas: _____

Información adicional:

- Certificación de antecedentes penales expedida dentro de los tres (3) meses previos a esta solicitud de cada solicitante y de ser una entidad jurídica la que está solicitando el registro, de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores - Número de certificaciones incluidas: _____
- Copia de Certificado de Incorporación, incluyendo todas las enmiendas.
- Artículos o Estatutos de Organización, incluyendo enmiendas y acuerdos de accionistas.
- Contrato de sociedad, incluyendo enmiendas.
- Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Evidencia de no deuda en el Departamento de Hacienda.
- 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:

N/A Uso Oficial

- Desglose del porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños.
- Copia de identificación con foto vigente de todos los dueños.
- Organigrama o diagrama de la estructura corporativa.
- 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.
- Prueba de residencia en Puerto Rico durante al menos dos (2) años del (los) dueño(s) primario(s). Entiéndase por dueño(s) primario(s) aquella o aquellas personas cuyo porcentaje de titularidad sume cincuenta y un por ciento (51%) o más del total de la corporación.
- De ser una Sociedad o una Compañía de Responsabilidad Limitada, copia del modelo SC 6045 ponchado por el Departamento de Hacienda.
- Narrativa sobre el plan y modelo de negocios.

- Informe financiero o su equivalente que evidencie capacidad para sustentar el establecimiento. Si la corporación solicitante es de nueva creación, deberá suplementar este informe con información financiera de los accionistas. Este informe será en forma narrativa, detallado y debe de incluir la siguiente información:

N/A Uso Oficial

- Capacidad financiera para poder operar todos los establecimientos que solicita por un periodo de doce (12) meses.
- Proyecciones financieras (break-even analysis).
- Prueba de estabilidad financiera, fuentes legítimas de ingreso o acceso a recursos de financiamiento. (Estados financieros auditados; Estados de cuentas bancarias; Líneas de crédito; Garantías hipotecarias; o, Garantías de acciones y/o bonos, entre otros.)

- Informe de ubicación. Deberá preparar un Informe de ubicación individual para cada establecimiento de cannabis medicinal que solicite. Cada informe será en forma narrativa, detallado y debe de incluir la siguiente información:

N/A Uso Oficial

- Prueba de cumplimiento con el requisito de ubicación de al menos cien (100) metros radiales de distancia de una escuela, centro preescolar o centro de cuidado de niños certificada por un ingeniero, agrimensor o arquitecto debidamente licenciado en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Certificación y prueba de cumplimiento con la Resolución Núm. JP-2016-317 y todas sus extensiones en cuanto a la zonificación permitida por la Junta de Planificación para el tipo de establecimiento de cannabis medicinal que solicita y la ubicación propuesta.
- Certificación de dirección física exacta.

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 evaluación 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.
- o Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: 1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

SECCIÓN I				Información General			
Nombre de la Corporación / Solicitante							
Nombre de todos los dueños							
Dirección física del dueño primario							
Pueblo		Código Postal		Correo Electrónico			
Dirección postal del dueño primario							
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		Número de Registro de Comerciante (Departamento de Hacienda)			
		____ / ____ / ____ día mes año					

LICENCIAS

SECCIÓN II				Licencia(s) que solicita			
Tipo		Cantidad		Tipo		Cantidad	
<input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Manufactura <input type="checkbox"/> Distribución		_____ _____ _____		<input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Dispensario		_____ _____ _____	
Identifique el tipo e indique la dirección física EXACTA de cada uno de los establecimientos que propone. Si necesita más espacio, por favor añada la información requerida en una hoja adicional a este formulario. Si la ubicación es la misma para varios tipos de licencias, indique el tipo y escriba "la misma" o "véase #".							
1. Tipo: _____; Dirección: _____				2. Tipo: _____; Dirección: _____			
3. Tipo: _____; Dirección: _____				4. Tipo: _____; Dirección: _____			

SECCIÓN III				Cálculo de aranceles 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																	
<p>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?</p> <p>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.</p>		<p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p>																	
<p>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:</p> <p>a. Se le ha denegado una licencia (Ej. Expendio de bebidas alcohólicas, juegos de azar, entre otros)</p> <p>b. Se le ha otorgado antes una licencia (Ej. Expendio de bebidas alcohólicas, juegos de azar, entre otros)</p> <p>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)</p> <p>De contestar en la afirmativa cualquiera de las anteriores, explique la situación en una hoja aparte.</p>		<p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p>																	
<p>3. ¿Alguno de los dueños, accionistas, oficiales, socios del establecimiento, o el solicitante ha ostentado una licencia de Cannabis Medicinal previa esta solicitud?</p> <p>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.</p>		<p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p>																	
<p>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?</p> <p>De contestar en la afirmativa, ha solicitado y se le ha concedido para una licencia para recomendar Cannabis Medicinal?</p>		<p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p>																	
<p>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.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Edad</th> <th>Seguro social</th> <th>Interés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Nombre	Edad	Seguro social	Interés												
Nombre	Edad	Seguro social	Interés																
<p>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.</p>																			

SECCIÓN V		Estructura del establecimiento
<p>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, por favor añada la información requerida en una hoja adicional a este formulario.</p>		
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?		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
De contestar afirmativamente, anexe la lista de personas con opciones y/o garantías.		
SECCIÓN VI		Historial de los Individuos de la Corporación
<p>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.</p> <p>De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte y anexe evidencias de acuerdos de pago o cancelación de la deuda.</p>		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<p>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.</p> <p>De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte.</p>		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<p>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 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.</p> <p>Incluya todo material que actualmente sea objeto de litigación o disputa.</p>		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
<p>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 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.</p> <p>De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte.</p>		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
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