



### SOLICITUD CAMBIO DE DUEÑO, ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE ENTIDAD JURIDICA O PERSONA CON REGISTRO DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud o Licencia Aprobada  
(Para uso de la Oficina)

Fecha  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
día mes año

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Debe de anejar a este formulario cualquier documentación adicional requerida. Si alguna respuesta o documentación adicional enumerada no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A.

**Se requiere la siguiente información adicional:**

- | Solicitante              | N/A                      | Oficina                  |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de resolución corporativa certificando el cambio de dueño o estructura organizacional de entidad jurídica.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de cualquier enmienda hecha a los estatutos o "by-laws" de la entidad jurídica.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carta explicativa que incluya un desglose del nuevo porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños resultado del cambio solicitado.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cada nuevo dueño, incluyendo individuos, dueños y accionistas de una corporación o entidad jurídica, deberá incluir la siguiente información:   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afirmación y Consentimiento (CM-A-01).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autorización para divulgar información (CM-A-03).   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación de antecedentes penales expedida dentro de treinta (30) días previos a esta solicitud.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificado de antecedentes criminales mediante la comparación de huellas dactilares ("background check"), de no más de tres (3) meses de la fecha en que se emitió, de cada titular solicitante que tenga una participación mayor del cinco por ciento (5%).                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de identificación con foto vigente expedida por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o por el gobierno de los Estado Unidos de América.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la persona tendrá propiedad sobre 51% o más del establecimiento de cannabis medicinal, deberá presentar prueba de residencia en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico por al menos 2 años previos a esta solicitud (Modelo SC 6088 emitido por el Departamento de Hacienda). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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.)                  |

**Entrega de solicitud:**

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago de derechos correspondientes, según indicado en la Sección II de este formulario, mediante sellos de rentas internas del Departamento de Hacienda con el código 5135 (Véase el Artículo 129 del Reglamento 9038 "Reglamento para Manejar el Estudio, Desarrollo e Investigación del Cannabis para la Innovación Normas Aplicables y Límites").
- o La Junta Reglamentadora del 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 (15) 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 toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- o Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal Edificio 1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

**SECCIÓN I Información General**

Nombre del Establecimiento Registrado o Licenciado

Nombre del dueño actual del Establecimiento Registrado o Licenciado

Nombre del nuevo dueño

Dirección postal de la persona

Pueblo	Código Postal	Teléfono	Correo Electrónico
--------	---------------	----------	--------------------



<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>De necesitar más espacio para desglosar los nuevos dueños, favor de anejar una lista completa a este formulario.</b>			
<b>SECCIÓN II</b>		<b>Derechos</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Total de Derechos de Solicitud pagados por el dueño del Establecimiento</b>	<b>Derechos por Solicitante</b>	<b>Total</b>
<b>CAMBIO DE DUEÑO</b>		<b>25% de la Solicitud</b>	
<b>Total de derechos a pagar</b>		<b>\$</b>	<b>Sello de Rentas Internas</b>
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>		<b>Fecha</b> ____ / ____ / ____ día mes año	
<b>Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos</b> (Para uso de la Oficina)		<b>Fecha</b> ____ / ____ / ____ día mes año	