

## SOLICITUD DE LICENCIA PARA ESTABLECIMIENTO DE MANUFACTURA DE CANNABIS MEDICINAL

<b>Número de Solicitud Aprobada</b>	<b>Número de Licencia</b> (Para uso de la Oficina)	<b>Fecha de la Solicitud</b>  ____ / ____ / ____ 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, produzca, 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              | Uso oficial              |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de la escritura, contrato de arrendamiento, compraventa y otro documento que rija los términos y las condiciones del uso del establecimiento. Si él o la solicitante no es dueño, el documento que rija las condiciones de uso debe de reflejar que la propiedad será utilizada para el cultivo de Cannabis Medicinal.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación del CRIM. Debe incluir número de catastro de la propiedad objeto de la solicitud.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de la propiedad - Este informe debe de ser narrativo e ilustrado con planos y fotografías. Debe incluir descripción, fotos y señalar en el plano las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de manufactura.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de almacenaje de inventario la cual estará aislada y cerrada bajo estrictas medidas de seguridad, incluyendo cerraduras electrónicas o mecánicas, en todo momento y separada del área de manufactura.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de acceso limitado de administración donde se almacenarán bajo estrictos controles de seguridad los récords y records de control de inventario.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de carga.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las entradas y salidas (portones, puertas y otras medidas de control de acceso).</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de Seguridad – Este informe debe ser narrativo e ilustrado con planos y fotografías. Debe incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubicación y posición de cámaras de seguridad.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copias de contratos de servicios de seguridad.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubicación y posición de bóveda con sistema de grabación.</li> </ul>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de Plan de Control de Inventario – Este informe debe ser narrativo, detallado y debe incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema de Rastreo de Inventario que utilizará.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Detalles sobre el uso y manejo del Sistema de rastreo de inventario, el nombre del usuario del administrador designado, usuarios registrados y entrenamiento o capacitación para el uso del sistema.</li> </ul>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de Estándares de Procedimientos Operacionales – Este informe debe ser narrativo y debe incluir copia de todos los manuales de protocolos y procedimientos que desarrolle para el funcionamiento de su establecimiento.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Listado de todo empleado que labore en cada establecimiento a ser registrado. Los listados debe de estar acompañado de una copia de la Licencia Ocupacional de Cannabis Medicinal de cada empleado.   |

**Entrega de solicitud:**

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- 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”).
- 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.
- Debe someter su solicitud **personalmente** en el:

**Departamento de Salud**  
Centro Médico Norte, Edificio A, Calle Periferal Interior, Bo. Monacillos, Río Piedras

SECCIÓN I	Información General
<b>Nombre de la Corporación / Solicitante</b>	
<b>Nombre del dueño</b>	
<b>Dirección física</b>	

Pueblo		Código Postal	Correo Electrónico	
Dirección postal				
Pueblo		Código Postal	Teléfono	
Nombre del establecimiento				
Dirección física del establecimiento				
Pueblo		Código postal	Teléfono	
Dirección postal				
Pueblo		Código postal	Fax o Teléfono secundario	
<b>¿El dueño del establecimiento es dueño o arrendador de la propiedad a ser utilizada como ubicación del establecimiento?</b> Aneje copia de la escritura, contrato de arrendamiento, compraventa y todo documento que rijan los términos y las condiciones del uso de la propiedad donde se ubica el establecimiento. <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Arrendador <input type="checkbox"/> Otro. Explique: _____				
Nombre del dueño de la propiedad (En caso de arrendador)			Vigencia del contrato de arrendamiento	
<b>¿Está el establecimiento ubicado fuera de los trescientos cuatro punto ocho (304.8) metros de una escuela activa, centro pre-escolar o centro de cuidado de niños?</b> Aneje un mapa con la localización del establecimiento y que muestre al menos una (1) milla radial de este.				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
<b>SECCIÓN II Información del Establecimiento</b>				
<b>Horario de Operación de la Facilidad</b>				
Lunes: _____ a _____	Viernes: _____ a _____			
Martes: _____ a _____	Sábado: _____ a _____			
Miércoles: _____ a _____	Domingo: _____ a _____			
Jueves: _____ a _____				
<b>¿Cuenta la facilidad con Licencia Sanitaria?</b> Indique: Lic # _____				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
<b>¿Cuenta la facilidad con el endoso del Cuerpo de Bomberos?</b> Indique: Endoso # _____				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
<b>SECCIÓN III Tipo de Arancel y Firma</b>				
Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente	
Área de manufactura de hasta 5,000 p <sup>2</sup>	\$10,000.00			
Área de manufactura desde 5,001 hasta 25,000 p <sup>2</sup>	\$20,000.00			
Área de manufactura desde 25,001 p <sup>2</sup> en adelante	\$30,000.00			
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		