



### RENOVACIÓN DE LICENCIA ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

<b>Número de Solicitud Inicial</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 legible 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, fabrique, distribuya, investigue, 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"/>	Certificación de antecedentes penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de treinta (30) días previos a esta solicitud de cada integrante 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.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de antecedentes criminales expedido por FBI mediante la comparación de huellas dactilares ("background check"), de no más de tres (3) meses de la fecha en que fue emitido, de cada titular solicitante que tenga una participación mayor del cinco por ciento (5%).															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificación del CRIM de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (Registro de Comerciante)															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidencia de no deuda en el Departamento de Hacienda de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores y la corporación solicitante.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de Cumplimiento "good standing" de la entidad jurídica del Departamento de Estado															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidencia de radicación de planillas de la corporación y los dueños. (Modelo SC 6088 emitido por el Departamento de Hacienda)															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de entidades jurídicas, actualización de la Junta de Directores.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidenciar titularidad del establecimiento propuesto. En caso de alquiler presentar contrato de arrendamiento o carta de consentimiento del dueño disponiendo la intención de arrendar el local para establecimiento de Cannabis Medicinal.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe de Seguridad: <table border="0"> <tr> <td>N/A</td> <td>Uso Oficial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Copias de contratos de servicios de seguridad.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ubicación del Centro de Comando.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Contrato con la Compañía que brindará servicios para el Centro de Comando (si aplica).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Contrato de Alarmas de Seguridad</td> </tr> </table>	N/A	Uso Oficial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copias de contratos de servicios de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ubicación del Centro de Comando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrato con la Compañía que brindará servicios para el Centro de Comando (si aplica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrato de Alarmas de Seguridad
N/A	Uso Oficial																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copias de contratos de servicios de seguridad.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ubicación del Centro de Comando.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrato con la Compañía que brindará servicios para el Centro de Comando (si aplica).															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrato de Alarmas de Seguridad															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de Control de Inventario: <table border="0"> <tr> <td>N/A</td> <td>Uso Oficial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Registro del Sistema de Rastreo de Inventario del Departamento de Salud.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Administrador designado del Sistema de Rastreo.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Certificado de Adiestramiento del sistema de Rastreo.</td> </tr> </table>	N/A	Uso Oficial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registro del Sistema de Rastreo de Inventario del Departamento de Salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administrador designado del Sistema de Rastreo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de Adiestramiento del sistema de Rastreo.			
N/A	Uso Oficial																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registro del Sistema de Rastreo de Inventario del Departamento de Salud.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administrador designado del Sistema de Rastreo.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de Adiestramiento del sistema de Rastreo.															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista actualizada de empleados.															

**Entrega de solicitud:**

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Los derechos de la solicitud de licencia correspondientes al tipo de establecimiento que solicite será pagadero al momento de la renovación mediante sello 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 quince (15) días laborables 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, Parada 22<sup>1/2</sup>, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

SECCIÓN I		Información General
<b>Nombre de la Corporación y Establecimiento / Solicitante</b>		
<b>Dirección física del establecimiento:</b>		
<b>Correo electrónico:</b>		



SECCIÓN II		Tipo de Registro		
<b>CULTIVO</b>				
Tipo	Área de Cultivo	Derechos por establecimiento	Área exacta del establecimiento:	Derechos correspondientes
Tipo A	Área de cultivo hasta 10,000 p <sup>2</sup>	<b>\$10,000.00</b>		
Tipo B	Área de cultivo de 10,001 p <sup>2</sup> hasta 20,000 p <sup>2</sup>	<b>\$15,000.00</b>		
Tipo C	Área de cultivo de 20,001 p <sup>2</sup> hasta 30,000 p <sup>2</sup>	<b>\$25,000.00</b>		
Tipo D	Área de cultivo 30,001 p <sup>2</sup> hasta 50,000 p <sup>2</sup>	<b>\$35,000.00</b>		
Tipo E	Área de cultivo de 50,001 p <sup>2</sup> en adelante	<b>\$40,000.00</b> (más \$1.00 por cada pie cuadrado en exceso de 50,001 p <sup>2</sup> )		
<b>MANUFACTURA</b>				
Área de Manufactura		Derechos por establecimiento	Tipo de Manufactura: (Extracción a base de agua o Extracción a base de químicos)	Derechos correspondiente
Área de manufactura hasta 5,000 p <sup>2</sup>		<b>\$10,000.00</b>		
Área de manufactura de 5,001 hasta 25,000 p <sup>2</sup>		<b>\$20,000.00</b>		
Área de manufactura de 25,001 p <sup>2</sup> en adelante		<b>\$30,000.00</b>		
<b>DISPENSARIO</b>				
Tipo	Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente	
Dispensario	<b>\$20,000.00</b>			
<b>TRANSPORTACIÓN</b>				
Tipo	Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente	
Transportación	<b>\$10,000.00</b>			
<b>LABORATORIO</b>				
Tipo	Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente	
Laboratorio	<b>\$25,000.00</b>			
<b>TOTAL DE DERECHOS</b>				
Total de derechos a pagar		\$ _____		Sello de Rentas Internas
Nombre y firma del Solicitante		Fecha ____ / ____ / ____ día mes año		
Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)		Fecha ____ / ____ / ____ día mes año		