



SOLICITUD 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 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <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) |

Información adicional:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación de antecedentes penales expedida dentro de treinta (30) 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. |
| <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 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. (Registro de Comerciante) |
| <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"/> | Certificación de No Deuda del Centro de Recaudación de Ingresos Municipales. (CRIM) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plano detallado del establecimiento. |
| <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: |
| | N/A | Uso Oficial | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desglose del porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de identificación con foto vigente de todos los dueños. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Organigrama o diagrama de la estructura corporativa. |
| <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | Evidenciar que el cincuenta y un por ciento (51%) de la titularidad provenga de capital de Puerto Rico. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De ser una Sociedad o una Compañía de Responsabilidad Limitada, copia del modelo SC 6045 ponchado por el Departamento de Hacienda. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Narrativa sobre el plan y modelo de negocios. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Capacidad financiera para poder operar todos los establecimientos que solicita por un periodo de doce (12) meses. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proyecciones financieras (break-even analysis). |
| <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.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación de dirección física exacta. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evidenciar titularidad del establecimiento propuesto. En caso de alquiler: contrato de arrendamiento o carta de consentimiento del dueño disponiendo la intención de arrendar el local para establecimiento de Cannabis Medicinal. |

Entrega de solicitud:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos. ○ Debe incluir el pago de derechos correspondientes, 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”). ○ La Junta Reglamentadora del 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 diez (15) días a partir de que sea requerida. ○ Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario. ○ 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 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"/> Sociedad	<input type="checkbox"/> Sociedad limitada
	<input type="checkbox"/> Corporación C	<input type="checkbox"/> Corporación S	<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada
	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Compañía de emisión pública	<input type="checkbox"/> Otra
Estado de Incorporación	Fecha de incorporación ____ / ____ / ____ día mes año	Número de Registro de Comerciante (Departamento de Hacienda)	
LICENCIAS			
SECCIÓN II		Licencia(s) que solicita	
Tipo <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Manufactura <input type="checkbox"/> Transportación	Cantidad _____ _____ _____	Tipo <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Dispensario	Cantidad _____ _____ _____
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: _____; Coordenadas: _____ Dirección: _____		2. Tipo: _____; Coordenadas: _____ Dirección: _____	
3. Tipo: _____; Coordenadas: _____ Dirección: _____		4. Tipo: _____; Coordenadas: _____ Dirección: _____	
SECCIÓN III			
Cálculo de derechos 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 “Derecho por establecimiento” y escriba el resultado en el encasillado denominado “Derecho correspondiente”. Finalmente, sume el total de cantidades que haya escrito en todos los encasillados del “Derecho correspondiente” y escríbalo a la derecha del encasillado inferior denominado “Total de derechos”.			

CULTIVO			
Tipo	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho correspondiente
Área de cultivo de hasta 10,000 p ²	\$10,000.00		
Área de cultivo desde 10,001 p ² hasta 20,000 p ²	\$15,000.00		
Área de cultivo desde 20,001 p ² en adelante	\$25,000.00		
MANUFACTURA			
Tipo	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho 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	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho correspondiente
Solicitud para dispensario	\$5,000.00		
TRANSPORTACIÓN			
Tipo	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho correspondiente
Solicitud para transportación	\$5,000.00		
LABORATORIO			
Tipo	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho correspondiente
Solicitud para laboratorio	\$10,000.00		
TOTAL DE DERECHOS			
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	
<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? 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 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	
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. De contestar afirmativamente, provea información detallada en una hoja aparte.		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Total de derechos a pagar		\$	
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	
<p>Sello de Rentas Internas</p>			