

**REQUISITOS PARA EL CERTIFICADO DE REGISTRO
DE SUSTANCIAS CONTROLADAS A ESTABLECIMIENTO**

FARMACIA, HOSPITAL, DISTRIBUIDOR, FABRICANTE, LABORATORIO, CLÍNICA VETERINARIA,
ALMACÉN Y DISPENSADOR DE AMBULANCIA

-
- ___ Cumplimentar la Solicitud de Inscripción de Establecimiento.
 - ___ Cumplimentar el documento de Orientación e Información a Establecimiento.
 - ___ **Certificado original de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico**, (no más de tres (3) meses de expedido), de ser vía Internet deberá de acompañar el mismo con la validación. **Una foto 2 x 2** reciente e **Identificación con foto** legalmente válida en Puerto Rico. (Licencia de Conducir, Pasaporte o VISA). Según aplique en las solicitudes de los siguientes:
 - a. Presidente
 - b. Secretario
 - c. Principales Accionistas
 - d. Farmacéuticos (deben acompañar licencia y recertificación).
 - e. Otros
 - ___ Resolución corporativa o poder legal, si el presidente delegara la firma a otro individuo.
 - ___ Copia de la Licencia de Salud para operar el establecimiento y/o ambulancia o Certificación de Representación (SARAFS).
 - ___ Certificado de Incorporación del Departamento de Estado de Puerto Rico.
 - ___ Acta de Incorporación.
 - ___ Carta explicativa de las medidas de seguridad. Deberá acompañar un plano de las facilidades señalando las cámaras y donde se ubican las sustancias controladas. En caso de Dispensador de Ambulancia acompañará información de sustancias controladas a manejar, información tipo de transporte (licencia del vehículo, fotos y lugar donde se guarda) y credenciales del personal que manejará las sustancias controladas. Además, carta explicativa donde se establezca como manejaran las sustancias controladas desde el despacho principal a la unidad móvil (caja o maletín).
 - ___ Protocolo sobre el Uso y Manejo de las Sustancias Controladas. En caso de Veterinarios utilizando vehículo para transportar sustancias controladas, tendrán que incluir licencia del vehículo y étodo de custodia (Caja o Maletín). Acompañar foto y especificaciones.
 - ___ Nombre de accionistas, sus direcciones, seguro social y posición en la Corporación.
 - ___ El pago correspondiente será efectuado a través de la plataforma digital disponible al momento de la transacción, de necesitar hacer el pago en la Oficina de Investigaciones tendrá que solicitar autorización, se aceptarán cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del **Secretario de Hacienda** por la cantidad de \$ 500.00 por año. Conforme a los derechos establecidos Sector Privado o Público.

Si es compra Venta.

- ___ Carta de Intención de Compra Venta.
- ___ Inventario de Sustancias Controladas.
- ___ Copia del contrato de compra venta.

Firma del Registrado y/o representante

Funcionario Autorizado

Fecha

Fecha