



RENOVACIÓN DE LICENCIA ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud Inicial	Número de Licencia (Para uso de la Oficina)	Fecha de la Solicitud ____ / ____ / ____ 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	
☐	☐	Copia de la licencia del establecimiento.
☐	☐	Desglose de porcentaje de todos los dueños, socios, accionistas y corporación.
☐	☐	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.
☐	☐	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%).
☐	☐	Certificación del CRIM de todos los dueños, socios, accionistas y corporación.
☐	☐	Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (Registro de Comerciante)
☐	☐	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.
☐	☐	Certificado de Cumplimiento "good standing" de la entidad jurídica del Departamento de Estado
☐	☐	Evidencia de radicación de planillas de la corporación y los dueños. (Modelo SC 6088 emitido por el Departamento de Hacienda)
☐	☐	En caso de entidades jurídicas, actualización de la Junta de Directores.
☐	☐	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.
☐	☐	Informe de Seguridad: N/A Uso Oficial
	☐	☐ Copias de contratos de servicios de seguridad.
	☐	☐ Contrato del Centro de Comando.
	☐	☐ Ubicación del Centro de Comando.
	☐	☐ Contrato de Alarmas de Seguridad.
☐	☐	Plan de Control de Inventario: N/A Uso Oficial
	☐	☐ Registro del Sistema de Rastreo de Inventario del Departamento de Salud.
	☐	☐ Administrador designado del Sistema de Rastreo (Captura de pantalla).
	☐	☐ Certificado de Adiestramiento del sistema de Rastreo.
☐	☐	Permiso Único (Licencia Sanitaria y Certificado de Prevención de Incendios)
☐	☐	Patente Municipal
☐	☐	Lista actualizada de empleados.

- Entrega de solicitud:
- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
 - Los derechos de la solicitud de licencia correspondientes al tipo de establecimiento que solicite serán 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").
 - 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.
 - 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, Parada 22^{1/2}, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

SECCIÓN I	Información General
Nombre de la Corporación y Establecimiento / Solicitante	



Dirección física del establecimiento:	
Correo electrónico:	
Número de teléfono:	

SECCIÓN II		Tipo de Registro		
CULTIVO				
Tipo	Área de Cultivo	Derechos por establecimiento	Área exacta del establecimiento:	Derechos correspondientes
Tipo A	Área de cultivo hasta 10,000 p ²	\$10,000.00		
Tipo B	Área de cultivo de 10,001 p ² hasta 20,000 p ²	\$15,000.00		
Tipo C	Área de cultivo de 20,001 p ² hasta 30,000 p ²	\$25,000.00		
Tipo D	Área de cultivo 30,001 p ² hasta 50,000 p ²	\$35,000.00		
Tipo E	Área de cultivo de 50,001 p ² en adelante	\$40,000.00 (más \$1.00 por cada pie cuadrado en exceso de 50,001 p ²)		
MANUFACTURA				
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 ²		\$10,000.00		
Área de manufactura de 5,001 hasta 25,000 p ²		\$20,000.00		
Área de manufactura de 25,001 p ² en adelante		\$30,000.00		
DISPENSARIO				
Tipo		Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente
Dispensario		\$20,000.00		
TRANSPORTACIÓN				
Tipo		Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente
Transportación		\$10,000.00		
LABORATORIO				
Tipo		Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente
Laboratorio		\$25,000.00		
TOTAL DE DERECHOS				
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		



