



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

División de Compras y Subastas

Sección de Apoyo Administrativo de Subasta

INVITACIÓN Y PLIEGO

RFP-SP-2025-2026-019-SALUD ORAL-RW

SOLICITUD DE PROPUESTAS PARA OFRECER SERVICIOS PROFESIONALES DE ADMINISTRACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS DE SALUD QUE INCLUYA LA SELECCIÓN Y EL PAGO DE PRIMAS DE SEGUROS DE SALUD ORAL Y COPAGOS CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS PRESTADOS PARA EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

SUBVENCIONADO POR EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ ADAP

"This grant is supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) under the federal award X07HA00046."

FECHA DE PUBLICACIÓN

Martes, 09 de diciembre de 2025.

FECHA LÍMITE PARA SOMETER PREGUNTAS

En o antes del Viernes, 19 de diciembre de 2025, a las 2:00 p.m.

FECHA LÍMITE PARA CONTESTAR PREGUNTAS

En o antes del martes, 30 de diciembre de 2025, a las 5:00 p.m.

FECHA LÍMITE PARA LA ENTREGA DE LA PROPUESTA

En o antes del jueves, 29 de enero de 2026, a las 2:00 p.m.

En San Juan, Puerto Rico el martes, 09 de diciembre de 2025.


Carlos A. Padilla Cruz

Gerente Interino

TABLA DE CONTENIDO

I.	Base Legal	3
II.	Introducción	3
III.	Propósito de la solicitud de propuestas	4
IV.	Información general	5
V.	Requisitos y contenido de la solicitud/Propuesta (incluye criterios de evaluación)	6
VI.	Criterios de evaluación	16
VII.	Requisitos Indispensables	17
VIII.	Advertencias	19
IX.	Calendario de Información	23

I. BASE LEGAL

A tenor con la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada; la Ley Núm. 237 de 31 de agosto de 2004, según enmendada; Boletín Administrativo Núm. OE-2021-029 de 27 de abril de 2024; la Orden Administrativa 2023-581 de 21 de diciembre de 2023, según enmendada y aquellas leyes, órdenes, memorandos y/o boletines administrativos aplicables y vigentes, a la fecha de publicación se establecen los requisitos para el Pliego de Solicitud de Propuestas (RFP).

II. INTRODUCCION

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) recibe fondos bajo la Parte B del “*Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act*” de 2009, según enmendada, Ley Pública 111-87 (42 USC 300 ff-11 *et seq.*), para mejorar la calidad de vida, el acceso y la continuidad de servicios de salud y servicios de apoyo para personas médico-indigentes con diagnóstico positivo de VIH/SIDA que son residentes de Puerto Rico. El Congreso de los Estados Unidos aprobó esta ley originalmente en 1990 para atender las necesidades no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH en sus diferentes etapas incluyendo SIDA, servicios para el cuidado de la salud y de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (“*continuum of care*”). La ley ha sido reautorizada en 1996, 2000, 2006 y 2009. La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), Negociado de VIH/SIDA, División de Programas de VIH/SIDA Estatales tiene a su cargo la administración de la Parte B del “*Ryan White Care Act*” (Ley Ryan White).

El objetivo principal de la Ley Ryan White es complementar los servicios existentes a través de proveedores que muestren evidencia de su capacidad para atender personas con diagnóstico positivo de VIH y que tengan una estructura administrativa sólida para llevarlos a cabo de manera eficiente.

Los servicios subvencionados con fondos de la Ley Ryan White tienen el propósito de que las personas con diagnóstico positivo de VIH tengan acceso igual a servicios de calidad de manera que sostengan un nivel óptimo de salud. Los servicios financiados bajo esta ley deben tener un costo razonable, según lo dispone la Oficina Federal de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés).

Al igual que otros problemas de salud, el VIH afecta desproporcionalmente a personas de bajos ingresos, siendo la mayoría pertenecientes a grupos de minorías raciales y otros individuos que no reciben servicios adecuados por parte de los sistemas de prevención y cuidado de salud. La Ley Ryan White pretende llenar las brechas en los servicios de cuidado para la salud no cubiertas por otras fuentes de fondos. Los usuarios que con gran probabilidad utilizarán los servicios disponibles

a través de la Ley Ryan White incluyen personas que carecen de un seguro médico privado o gubernamental (Vital o Medicaid), o que su seguro médico no cubre todas las necesidades de salud.

La Ley Ryan White establece que estos fondos son de emergencia, por lo que no pueden ser utilizados para sustituir fondos asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas u otros tipos de aseguramiento, tales como Medicaid/Medicare, programas locales o estatales o seguros médicos privados. Por lo tanto, “los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White.” [Secc 2612 (b)(7)(F)].

El DSPR recibe estos fondos para suplir la prestación de servicios a médico-indigentes con diagnóstico positivo a VIH en el país. La Ley Ryan White provee los recursos necesarios para que el propio DSPR y entidades privadas sin fines de lucro, entre las cuales se encuentran centros clínicos privados comunitarios, agencias coordinadoras y otros proveedores, ofrezcan servicios necesarios a la población con diagnóstico positivo a VIH, de acuerdo con la particularidad de cada área geográfica.

Con respecto a los servicios de salud ofrecidos, el Programa Ryan White Parte B/ADAP (Programa RWB/ADAP) identificó una necesidad o brecha en el tratamiento de la salud oral de sus beneficiarios. La gran mayoría de los beneficiarios elegibles poseen un seguro médico, público o privado, pero con una gran limitación en la cubierta de servicios para la salud oral. Esta cubierta básica en salud oral solo cubre los servicios de limpieza bucal y alguno que otro complementario, pero no contempla otros servicios especializados, tales como, endodoncia, periodoncia, y otros afines. La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las condiciones de salud oral es fundamental para la calidad de vida de las personas con diagnóstico positivo de VIH, y es crucial para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado de ellas. Esta solicitud de propuestas persigue llenar esta brecha en servicios de salud oral para los beneficiarios del Programa RWB/ADAP al considerar la contratación de una entidad que facilite el acceso a un seguro de salud oral que provea una cubierta suplementaria a la cubierta básica que ya poseen la mayoría de los pacientes y una cubierta comprensiva de salud oral para los que no tengan un seguro médico.

III. PROPÓSITO DE LA SOLICITUD DE PROPUESTAS

El proponente deberá proveer el servicio de administración de beneficios de un seguro, i.e. *Insurance Benefits Management* (IBM), por sus siglas en inglés) de salud oral, que incluye, entre otros, la selección y el pago de primas de un seguro de salud oral y los copagos correspondientes a los servicios de salud oral prestados de hasta un máximo de 2,000 personas elegibles del

Programa RWB/ADAP del DSPR. El suplidor debe presentar una propuesta ofreciendo un plan detallado que incluya los servicios anteriormente descritos.

El Proponente deberá seleccionar y pagar las primas y copagos de un seguro de salud oral que incluya los siguientes servicios:

- a) Servicios diagnósticos y preventivos;
- b) Servicios restaurativos, que incluyen Endodoncia, Periodoncia y Servicios Quirúrgicos de cirugía oral y maxilofacial.
- c) Servicios de Prostodoncia (e.g. dentaduras fijas y removibles)

El contratista debe ser una entidad con la capacidad y experiencia de brindar los servicios de IBM hasta un máximo de **2,000** personas elegibles, según se expuso en el primer párrafo de esta sección.

Todas las actividades deberán ser llevadas a cabo por el proponente que resulte favorecido de acuerdo con lo siguiente:

- El Pliego de Solicitud de Propuestas de Servicios para un administrador de beneficios de un seguro (IBM) de salud oral;
- Los objetivos finales, plan de implantación y presupuesto detallado del contratista, según hayan sido aprobados por el DSPR;

IV. INFORMACIÓN GENERAL:

1. Título de la Convocatoria/RFP: Solicitud de propuestas para el ofrecimiento de servicios profesionales de administración de beneficios de seguros de salud que incluya la selección y el pago de primas de seguros de salud oral y copagos correspondientes a los servicios de salud oral prestados para el Programa Ryan White Parte B/ADAP del DSPR.

2. Tipo de Convocatoria: Convocatoria Abierta a entidades con la capacidad y experiencia en la administración de beneficios de seguros de salud.

3. Procedencia del fondo: Fondos otorgados por el DSPR a través del Programa RWB/ADAP.

4. Otorgación: La otorgación del fondo será mediante un contrato de servicios profesionales con el DSPR, luego de transcurrir una convocatoria abierta.

5. Fecha límite para entregar la propuesta: **jueves, 29 de enero de 2026, a las 2:00 pm.** en la Sección de Apoyo Administrativo de Subastas del Departamento de Salud, ubicadas en la nueva sede del Departamento de Salud, Sector el Cinco, Barrio Monacillo Urbano, en el 1575 de la Calle Juan Ponce de León en San Juan, Puerto Rico. **Las propuestas deben contener: un (1)**

original, una (1) copia (identificada y encuadernada) y copia digital en formato PDF en un USB.

- a. No se otorgará prórroga para entregar la propuesta.
- b. Las propuestas que se reciban luego de la hora y día anteriormente indicados no serán consideradas para evaluación y adjudicación de fondos.
- c. Las propuestas de solicitud de fondos serán entregadas en o antes de la fecha y hora indicada en la Sección de Apoyo Administrativo de Subastas del Departamento de Salud, Sector el Cinco, Barrio Monacillo Urbano, en el 1575 de la Calle Juan Ponce de León en San Juan, Puerto Rico.
- d. Se reconocerá como evidencia de entrega solamente la hoja de trámite firmada por el personal autorizado por la Oficina de Subastas del Departamento de Salud, certificando la fecha y hora de entrega.

6. Número Aproximado de Proyectos a Auspiciar: Un solo suplidor.

7. Periodo a auspiciarse: Contratación anual y podría renovarse anualmente hasta un máximo de tres años, sujeto a disponibilidad de fondos y el cumplimiento con las normativas vigentes para extensiones de vigencia en contratos de servicios profesionales.

8. Se garantizará con la publicación de esta Solicitud de Propuestas (RFP) una competencia plena y abierta, conforme a lo establecido en 2 CFR §200.319.

9. Preguntas: Preguntas o dudas sobre la propuesta y su preparación deben ser dirigidas mediante correo electrónico a subastas@salud.pr.gov en o antes del viernes, 19 de diciembre de 2025 a las 2:00 pm.

V. REQUISITOS Y CONTENIDO DE LA SOLICITUD/ PROPUESTA (INCLUYE CRITERIOS DE EVALUACIÓN)

Las propuestas deben seguir el bosquejo presentado en esta sección y se les requiere que incluyan a todos los componentes enumerados y detallados más adelante. **La puntuación de una propuesta dependerá en la medida en que un proponente cumpla exitosamente con los componentes requeridos en esta guía.**

A. FORMATO (NO TIENE PUNTUACIÓN)

Una propuesta organizada facilita el trabajo de los evaluadores. Las propuestas deben:

- Incluir una Tabla de Contenido
- Ser sometida en papel tamaño carta (8 x 11) con márgenes de 1 pulgada en todos los lados (tope, fondo, izquierda y derecha);

- Las páginas serán enumeradas en el tope del margen derecho, siguiendo la Tabla de Contenido, según el formato siguiente: 1 de 40 páginas (ejemplo).
- El texto debe ser escrito en los estilos Times New Roman o Arial, con el tamaño de (12) puntos, a doble espacio, excepto para información que pueda ser provista en tablas, que puede ser a espacio sencillo.
- Incluir la información solicitada en las secciones apropiadas de la propuesta;
- Deletrear todos los acrónimos la primera vez que se utilicen e identificar las fuentes de datos que se citen.

Se debe entregar una (1) solicitud/ propuesta en original, una (1) copia (identificada y encuadrada) y copia digital en formato PDF en un USB.

Las propuestas pueden ser sometidas en español o inglés.

B. CARTA DE PRESENTACIÓN (NO TIENE PUNTUACIÓN)

Las propuestas deben incluir una carta de presentación que no excederá de dos páginas. La carta deberá: (1) identificar a la organización proponente; (2) exponer su intención de someter una propuesta; (3) describir brevemente la propuesta a ser presentada; (4) establecer el costo total de los servicios propuestos como un Administrador de Beneficios de Seguros de Salud Oral que incluya la selección y el pago de primas de seguros de salud oral y copagos correspondientes a los servicios de salud oral prestados; (5) exponer la capacidad y experiencia de la organización para llevar a cabo los servicios propuestos; y (6) expresar y explicar las razones por las cuales la organización que somete la propuesta es superior a otras organizaciones que ofrecen el mismo servicio.

La carta de presentación debe ser dirigida a:

Carlos Padilla Cruz, Gerente
Sección de Apoyo Administrativo de Subastas
Oficina de Administración
Sector el Cinco, Barrio Monacillo Urbano
1575 Calle Juan Ponce de León
San Juan, Puerto Rico
Departamento de Salud
P.O Box 70184, San Juan, Puerto Rico 00936
Correo electrónico: subastas@salud.pr.gov

Si el solicitante/ proponente necesita más información sobre esta Solicitud o tiene **preguntas** sobre la preparación de la propuesta, éstas deben ser dirigidas mediante correo electrónico a subastas@salud.pr.gov no más tarde del **viernes, 19 de diciembre de 2025 a las 2:00 pm.**

C. TABLA DE CONTENIDO (NO TIENE PUNTUACIÓN)

La propuesta sometida debe tener una Tabla de Contenido enumerando las páginas de todas las secciones solicitadas y requeridas en esta Convocatoria a Propuestas.

D. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN (2 PUNTOS)

Favor proveer la siguiente información:

1. Nombre oficial de la organización (según aparece registrado en el Departamento de Estado del Gobierno de Puerto Rico), dirección postal y física de la organización, dirección electrónica y/o página web, si aplica;
2. Lista de los miembros de la Junta de Directores;
3. Números de teléfono, dirección electrónica del Director Ejecutivo, oficial de mayor jerarquía o persona autorizada a representar, endosar o firmar cualquier documento enviado por la organización al DS;
4. Experiencia previa de la organización en la operación, administración y provisión de los servicios que se están proponiendo en esta solicitud;
5. Copia de estado financiero auditado certificado por un Contador Público Autorizado (CPA), cuya fecha de cierre no sea mayor a los (12) meses anteriores a la fecha de entrega de la propuesta;
6. Lista de las personas que serán responsables de implantar y administrar el proyecto en la organización;
7. Una descripción de la capacidad operacional, incluyendo los sistemas de infraestructura.

E. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS (30 PUNTOS)

1) EN GENERAL

El Proponente deberá presentar una propuesta que aborde los siguientes componentes fundamentales del programa:

- a] Implementar los servicios que lleva a cabo un Administrador de Beneficios de Seguros de Salud (IBM, por sus siglas en inglés) entre otros, alcanzando a los beneficiarios elegibles del Programa RWB/ ADAP para seleccionar, suscribir y pagar las primas de un seguro de salud oral y los copagos correspondientes por los servicios de salud oral recibidos para dichos beneficiarios.
- b] El seguro de salud oral que el IBM seleccione para administrar sus beneficios debe ofrecer como mínimo, los servicios que se describen a continuación:

i- Servicios diagnósticos y preventivos, que incluyen, entre otros:

1. Exámenes periódicos de rutina cada (6) meses;
2. Examen de emergencia;
3. Consulta de especialista;
4. Radiografías de mordida;
5. Radiografías de toda la dentadura (panorámica o boca completa);
6. Radiografía periapical (imagen detallada de la raíz del diente y el tejido circundante para diagnosticar problemas de salud);
7. Profilaxis dental (limpieza) cada 6 meses;
8. Aplicación tópica de fluoruro.

ii- Servicios restaurativos regulares, entre otros:

1. Restauraciones en amalgama (plata), en molares y premolares
2. Restauraciones en resina en dientes anteriores
3. Extracciones y cirugía oral, incluyendo cuidado pre y post operatorio, anestesia general (sedación y sus modalidades)
4. Endodoncia: tratamiento de canal y relleno del canal para toda la dentadura
5. Periodoncia: procedimientos necesarios para tratar las enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes, incluye cirugía periodontal
6. Tratamiento paliativo de emergencia para aliviar el dolor

iii- Servicios restaurativos mayores que incluyen Prostodoncia (prótesis dentales para restaurar la función y estética de la dentadura)

1. Coronas
2. Puentes fijos
3. Puentes removibles
4. Dentaduras completas fijas y removibles

c] Un IBM que esté debidamente autorizado por el Gobierno de Puerto Rico, con la experiencia y capacidad de llevar a cabo las tareas esbozadas en esta Solicitud de Propuestas, y con el personal técnico necesario y preparado.

d] Establecer y mantener un sistema electrónico robusto que permita realizar las tareas de un IBM para garantizar un proceso eficiente y efectivo de la administración y el manejo de los beneficios de un seguro de salud oral solicitado.

e] Producir reportes consolidados para el Programa RWB/ADAP de las actividades realizadas como IBM que incluya la inscripción, pago de primas de un seguro de salud oral y los copagos correspondientes de los servicios de salud oral prestados provistos a los beneficiarios del Programa RWB/ADAP, como pagador de último recurso. Estos informes deben estar disponibles al Programa RWB/ADAP en "tiempo real" a través de Internet y, además, ser enviados al Programa RWB/ADAP periódicamente (mensual, trimestral o anual).

2) OTROS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS:

a] Proporcionar al personal designado del Programa RWB/ADAP un acceso electrónico a un sistema computadorizado que permita que dicho personal vea en "tiempo real" las suscripciones de beneficiarios completadas, el pago de primas y copagos realizados a favor de los beneficiarios suscritos y las actividades que se llevan a cabo para alcanzar a beneficiarios elegibles. El Proponente seleccionado también proporcionará capacitación, como se le indique, al personal designado del Programa RWB/ADAP en el uso del sistema.

b] El Proponente debe cumplir con todos los reglamentos y estatutos federales y estatales aplicables, incluyendo, pero no limitado a:

---Gobierno de Puerto Rico, Ley # 81 (1912), según enmendada.

---Gobierno de Puerto Rico, Ley # 248 (2018), según enmendada.

--- Gobierno de Puerto Rico, Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, según enmendada | Código de Seguros de Salud de Puerto Rico

--- Gobierno de Puerto Rico, Ley 169 (2024).

---Oficina del Comisionado de Seguros, Regla 111 (2025), Reglamento del Código de Seguros de Salud.

---Ruling Letter No. CN-2025-369-SR, Office of the Commissioner of Insurance.

---Capítulo 6A (*Public Health Service*) del Título 42 (*The Public Health and Welfare*) del *United States Code*, según enmendada; [Public Health Service](#)

---42 USC 300ff-26, United States Code; and sections 2604(b), 2613(a)(1), 2651(e)(3), and 2652(b)(1)(B), of the Public Health Service Act as amended through P.L.115-408.

c] El Contratista deberá cumplir con todas las políticas, estándares y guías estatales y federales aplicables, incluyendo, pero no limitado, a:

---*Health Information Portability and Accountability Act* (HIPAA) Reglamentos y Estándares; *Public Health Law* 104-191; *Health Insurance and Accountability Act of 1996*; <http://aspe.hhs.gov/admsimp/pl104191.htm>

---*National Standards to Protect the Privacy of Health Information*; <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/>

---*National Security standards for the security of health care information*. [National Security standards for the security of health care information - Search](#)

d] El Proponente seleccionado será responsable de mantener acceso a los empleados que trabajen en las actividades relacionadas a las leyes actuales, normas y directrices, junto con otros documentos aplicables en virtud del contrato que se otorgue.

e] El Proponente seleccionado deberá cooperar plenamente con todas las actividades programáticas de supervisión del rendimiento iniciadas por, y/o en nombre del Programa RWB/ADAP del DSPR.

f] El Proponente deberá retener todos los registros financieros y programáticos por un mínimo de, seis (6) años para los fiscales y diez (10) años para los que contengan información de pacientes, a partir de la fecha de presentación del informe final, o más si existe auditoría o disputa pendiente, conforme a requerimientos del Departamento de Hacienda de Puerto Rico y la Oficina de HIPAA del DSPR.

3) COMO ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS DE UN SEGURO DE SALUD

a] Establecerá la infraestructura de servicios de un IBM en un plazo que no excederá de 45 días a partir de la fecha de la otorgación del contrato. El IBM debe seleccionar a un solo seguro de salud oral que ofrezca los servicios descritos en la Sección V.E.1) de esta Solicitud de Propuestas. La infraestructura de servicios debe contemplar la coordinación de beneficios entre varios seguros de salud oral (pagadores) de existir más de uno, para cumplir con la disposición de la ley de

Ryan White sobre el pagador de último recurso (Véase texto en la Sección II de esta Solicitud de Propuestas).

b] Proporcionará divulgación, educación y asistencia técnica impresa y electrónica a los beneficiarios, según sea necesario durante la vigencia del contrato. Preparará un informe resumido mensual que detalle la cantidad de beneficiarios que reciben o accedieron a los materiales, los materiales impresos y la ubicación web de los materiales basados en la web y enviarlo al personal designado del Programa RWB/ADAP dentro de los 30 días posteriores de haber finalizado cada mes.

c] Proporcionará datos actualizados de los beneficiarios a través de un *Electronic Data Interchange* (EDI) que sea seguro para cada beneficiario que reciba los servicios que se describen en esta Solicitud de Propuestas.

d] Coordinará los cambios de transmisión del conjunto de datos (elementos o campos de data) con el Programa RWB/ADAP del DSPR. Cualquier cambio en la transmisión del conjunto de datos requiere el consentimiento por escrito del Programa RWB/ADAP antes de la implementación.

e] Investigará las opciones de seguro de salud oral disponibles en Puerto Rico para recomendar al Programa RWB/ADAP el seguro de salud oral que mejor le convenga a los beneficiarios elegibles, tomando en consideración su costo y los servicios descritos en esta Solicitud de Propuestas.

f] Inscribirá a los beneficiarios elegibles en el plan de seguro de salud oral aprobado por el Programa RWB/ADAP durante el período de vigencia del contrato que se otorgue al Proponente seleccionado, luego del proceso de evaluación de las propuestas recibidas. El Proponente seleccionado deberá realizar los cambios en la suscripción que correspondan debido a eventos tales como, por ejemplo: muerte, matrimonio, etc. Preparará y enviará al personal del Programa RWB/ADAP designado un informe resumido de la suscripción de beneficiarios elegibles, que describa el número de beneficiarios inscritos con los datos sociodemográficos que el Programa RWB/ADAP le solicite dentro de los 30 días posteriores al final de cada mes.

g] Estimaré el gasto mensual esperado de los fondos del contrato para el pago de primas de seguros de salud oral y los copagos correspondientes a los servicios de salud oral prestados para cada mes restante en el año del contrato. Este estimado se presentará al Programa RWB/ADAP a más tardar el décimo día de cada mes.

h] Dispondrá de un plan de continuidad comercial o un plan de respuesta a emergencias. Este plan debe ser conforme al Plan de Preparación y Continuidad de Operaciones en situaciones de Emergencia del Programa RWB/ADAP: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5600>.

i] Cumplirá con los requisitos de las Políticas de Seguridad y Confidencialidad de Datos del DSPR durante toda la vigencia del contrato.

j] Procesará los pagos de las primas y los copagos correspondiente del seguro en nombre de cada beneficiario.

k] Proporcionará al personal del Programa RWB/ADAP el adiestramiento inicial y subsiguiente para promover que las operaciones descritas en el contrato convenido entre el Proponente seleccionado y el DSPR sean eficientes y eficaces;

l] El sistema automatizado del Proponente seleccionado deberá presentar también las siguientes características, entre otras:

- i. un plan “back-up” para que el Programa RWB/ADAP pueda establecer comunicación si ocurre un fallo en el sistema primario;
- ii. capacidad de comunicación utilizando la conexión de la red de Internet;
- iii. un sitio de Internet a través del portal web del Proponente seleccionado para que el Programa RWB/ADAP tenga acceso a la base de datos de los beneficiarios y pueda ver en tiempo real la información sobre las suscripciones, pagos de primas y copagos realizados a favor de éstos.
- iv. El sistema automatizado deberá tener la capacidad de actualizar la información sobre este proyecto para que ésta sea la más reciente y precisa posible.

m] El Proponente seleccionado deberá ser capaz de elaborar informes para que el Programa RWB/ADAP pueda evaluar las medidas de calidad que se establezcan y supervisar su desempeño;

n] El Proponente seleccionado deberá asistir al Programa RWB/ADAP con la revisión, el análisis y la historia de las suscripciones, pagos de prima y copagos de los beneficiarios, y cualquiera otra información pertinente a la operación de este proyecto.

o] El Proponente seleccionado deberá expedir y entregar al Programa RWB/ADAP en una descarga mensual electrónica y en formato impreso, un conjunto de informes establecidos y descritos en la sección de Requisitos de datos de la presente Convocatoria;

p] El Proponente seleccionado deberá crear y mantener un centro de servicio y apoyo al personal del Programa RWB/ADAP designado y a los beneficiarios suscritos (acceso 24-7) para proporcionar cualquier tipo de asistencia, incluyendo asistencia técnica;

q] El Proponente seleccionado deberá desarrollar e implementar un programa de capacitación para el personal del Programa RWB/ADAP designado para trabajar este proyecto.

r] El Proponente seleccionado deberá implementar una metodología que incorpore el requisito establecido en el *Policy Clarification Notice* (PCN) 16-02 de HRSA para los recipientes de fondos de Ryan White, a los efectos de que se debe evaluar y comparar el costo agregado de pagar la opción de la prima de un seguro dental independiente versus el pago del costo total de los servicios de cuidado de salud dental provistos a los pacientes de VIH, con el propósito de garantizar que la compra (pago de primas) de un seguro dental independiente sea costo-efectiva en el agregado, y

de esta forma asignar fondos para el pago de las primas del seguro médico y la asistencia en el pago de los costos compartidos, solo cuando se determine que esta es costo-efectiva. Es decir, el Proponente seleccionado deberá presentar una metodología que demuestre que es más económico en el agregado pagar las primas de un seguro médico dental, además de la asistencia en copagos vis a vis el costo total de los servicios.

F. REQUERIMIENTOS DE DATOS (8 PUNTOS)

1. El Proponente deberá poder presentar, como mínimo, todos los elementos de datos requeridos por el presente Pliego para cada beneficiario suscrito que recibe servicios. Dichos informes deben ser completados de conformidad con la presente Guía, así como, cualquier instrucción adicional provista por el DSPR. Además, el Proponente deberá incluir información sobre el costo de cada unidad de servicio por todos los servicios pagados con fondos del DSPR.
2. El Proponente también deberá responder a las solicitudes específicas de datos del Programa RWB/ADAP, en los plazos fijados.
3. Los informes y las actividades de recolección de datos deberán ser completados a satisfacción del Programa RWB/ADAP a fin de que los comprobantes de pago puedan ser procesados. El incumplimiento de estas condiciones por parte del Proponente seleccionado constituye un incumplimiento de contrato.
4. El Proponente debe proporcionar en un relato narrativo la capacidad de la organización para producir informes sobre la ejecución mensual, trimestral y anual. El Programa RWB/ADAP negociará con el Proponente que resulte seleccionado el tipo de informes necesarios y su frecuencia.

G. PRESUPUESTO / COSTO ESTIMADO (30 PUNTOS)

1. El Proponente presentará en un formato de tabla los costos estimados para la implantación del proyecto como Administrador de Beneficios de Seguros de Salud Oral, el mantenimiento del sistema, si alguno, las operaciones de suscripción, pago de primas y copagos correspondientes a los servicios de salud oral prestados y, cualesquiera otros costos asociados a todo el proceso, incluyendo los gastos administrativos, pero sin limitarse a ello.
2. El Proponente deberá presentar un presupuesto detallado para cada una de las partidas descritas anteriormente.
3. El costo estimado debe ser justificado a través de un narrativo que proporcionará información acerca de cada partida presupuestaria, incluyendo el personal que participará en el proyecto, el

costo por hora y el número de horas que se tardaría en realizar el servicio propuesto, el período en que el proyecto se considerará completo y el total en dólares y centavos que costará.

4. El Proponente deberá indicar el costo estimado mensual y anual de los servicios incluidos y el costo total para el Programa RWB/ADAP; incluyendo el costo por año del servicio si este se extiende su vigencia a un periodo de tres años.

H. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN (15 PUNTOS)

El Proponente deberá adjuntar a la propuesta un plan de implementación (trabajo) que describa el cuándo, cómo, dónde, por qué y quién, para cada servicio solicitado. Este plan incluirá las actividades, los costos por actividad, tiempo que tomará, producto esperado y la(s) persona(s) responsable(s) de la elaboración e implantación de cada actividad.

I. PRESENTACIÓN (15 PUNTOS)

El Comité Evaluador del DSPR, designado por el Secretario de Salud para evaluar las solicitudes recibidas a la presente convocatoria de servicios, requerirá a todos los solicitantes realizar una presentación en Power Point, con información específica sobre la operación y los procedimientos propuestos.

1. El Proponente deberá explicar cómo implementará los servicios como un IBM para alcanzar y seleccionar a los beneficiarios elegibles del Programa RWB/ADAP, y llevar a cabo la subscripción y el pago de las primas de seguros de salud oral y los copagos correspondientes por los servicios de salud recibidos para dichos beneficiarios.

2. El Proponente deberá presentar cómo establecerá y mantendrá un sistema electrónico robusto que permita realizar las tareas como un IBM para garantizar un proceso eficiente y efectivo de la administración y el manejo de los beneficios de seguros de salud oral solicitados a beneficiarios elegibles del Programa RWB/ADAP.

3. El Proponente deberá exponer su capacidad para producir reportes consolidados para el Programa RWB/ADAP de las actividades realizadas como IBM que incluya la subscripción, pago de primas de los seguros de salud oral y los copagos correspondientes por concepto de la prestación de dichos servicios de salud a los beneficiarios del Programa RWB/ADAP. Estos informes deben estar disponibles al Programa RWB/ADAP en "tiempo real" a través de Internet y, además, ser enviados al Programa RWB/ADAP periódicamente (mensual, trimestral o anual). Igualmente, el Proponente deberá presentar la capacidad de proporcionar informes personalizados (*"custom made"*), a petición del DSPR.

4. El Proponente deberá mostrar cómo asegura que los precios de los servicios prestados respondan al menor de los costos posibles establecidos en la industria de la administración de beneficios de seguros.

5. El Proponente deberá explicar cómo garantizará la continuidad de las operaciones con la presentación de un plan de emergencia o desastres, según se expuso anteriormente en esta Solicitud de Propuestas.

6. El Proponente deberá exponer con detalle, el presupuesto y los costos presentados con esta propuesta.

7. El Proponente deberá presentar un diagrama de flujo del proceso que llevará a cabo como IBM para alcanzar, suscribir y pagar primas de los seguros de salud oral y los copagos correspondientes por concepto de la prestación de dichos servicios de salud a los beneficiarios del Programa RWB/ADAP.

Por último, la presentación ofrecerá la oportunidad al Proponente de contestar las preguntas que los miembros del Comité de Evaluación puedan tener, respecto a la propuesta.

VI. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cada propuesta recibida será evaluada a base de los siguientes criterios:

	CRITERIOS DE EVALUACION	VALOR TOTAL	PUNTOS OTORGADOS
A	Formato	No tiene puntos	
B	Carta de Presentación	No tiene puntos	
C	Tabla de Contenido	No tiene puntos	
D	Descripción de la organización	2	
E	Descripción de los Servicios Requeridos	30	
F	Requerimientos de Datos	8	
G	Presupuesto/ Costo Estimado	30	
H	Plan de Implementación (Trabajo)	15	
I	Presentación	15	
Total de Puntos		100	

Las solicitudes de propuestas recibidas no representan un compromiso u obligación del DSPR para aprobar y otorgar fondos al Proponente seleccionado. El otorgamiento de fondos dependerá de la evaluación de la propuesta y los fondos disponibles al momento de la asignación final del presupuesto.

VII. REQUISITOS INDISPENSABLES

1. Certificación de Cumplimiento con los estatutos y reglamentación federal y estatal

El Proponente deberá presentar junto con la propuesta una certificación indicando que cumple con las leyes y reglamentos federales y estatales enumerados en esta Solicitud de Propuestas para el ofrecimiento de servicios profesionales de Administración de Beneficios de Seguros de Salud Oral para el Programa RWB/ADAP del DSPR. El Proponente debe incluir en la certificación una expresión categórica de que no tiene conflictos de interés conforme a lo establecido en el Título 2 CFR 200.318(c)(1), y que notificará inmediatamente si surge alguno durante el proceso de adquisición o ejecución del contrato. Además, debe certificar que no está incluido en la lista de entidades excluidas, conforme al Título 2 CFR 200.214. El Programa RWB/ADAP validará en [Sam.gov](https://www.sam.gov) si la entidad proponente no está excluida.

Esta certificación es una condición **indispensable** para esta Solicitud de Propuestas (RFP) y se adjuntará a la propuesta sometida como **Apéndice A**. Si esta certificación no se presenta con la solicitud, el Comité de Evaluación del DSPR notificará al solicitante que su propuesta **no** será evaluada.

2. Otros Documentos Requeridos

Los siguientes documentos deben adjuntarse también con la propuesta. Si alguno de los documentos pertinentes detallados a continuación no se presenta con la solicitud, el Comité de Evaluación del DSPR notificará al solicitante que su propuesta **no** será evaluada. Estos documentos se adjuntarán a la solicitud como **Apéndice B**.

A. Certificaciones, si es una Corporación

1. Certificado de Incorporación.
2. Certificado de Existencia o Certificación de Autorización para hacer negocios en Puerto Rico.
3. Certificado de Buena Pro ("*Good Standing*"), en cumplimiento con la Ley Núm. 164 de 16 de diciembre de 2009, según enmendada, conocida como la 'Ley General de Corporaciones', emitido por el Departamento de Estado.
4. Declaración jurada indicando que ni la Corporación ni ninguno de sus funcionarios principales ha sido convicto por delitos constitutivos de fraude, malversación o apropiación ilegal de fondos públicos enumerados en la Ley Núm. 2 de 4 de enero de 2018, según enmendada.
5. Certificación que establezca si la organización tiene una demanda contra el Gobierno de Puerto Rico.

B. Certificaciones, si es una Sociedad

1. Documento/ contrato de la Sociedad.
2. Certificación que los miembros de la Sociedad y sus cónyuges no son servidores públicos, ni lo han sido por los pasados dos años.
3. *Affidavit* estableciendo que ni la Sociedad ni sus ejecutivos principales han sido declarados culpables de delitos constitutivos de fraude, malversación o apropiación ilegal de fondos públicos, enumerados en la Ley Núm. 2 del 4 de enero de 2018, según enmendada.

C. Copia de la última planilla de contribución sobre ingresos.

D. Estado Financiero auditado más reciente que esté disponible

1. Debe presentar un estado financiero auditado certificado por un Contador Público Autorizado (CPA), cuya fecha de cierre no sea mayor a los (12) meses anteriores a la

fecha de entrega de los documentos necesarios para su evaluación. Se requiere que todos los estados financieros auditados deben incluir los siguientes informes:

- a. Estado de Flujos de Efectivo
- b. Declaración de Ingresos y Gastos
- c. Estados Financieros
- d. Notas sobre el Estado Financiero
- e. Líneas de crédito

E. Copia certificada de cualquier licencia requerida por las leyes estatales o federales para operar su negocio en Puerto Rico.

F. Copia del Registro Único de Proveedores de Servicios Profesionales (RUP) expedida por la Administración de Servicios Generales de Puerto Rico.

VIII. ADVERTENCIAS:

- El DSPR se reserva el derecho sobre la utilización de la negociación individual respecto a los términos, condiciones, calidad, precio o combinación de factores para obtener lo más ventajoso para el DSPR; el hecho de que el precio no será necesariamente el factor de mayor peso en la adjudicación.
- El DSPR se reserva el derecho, incluyendo, pero no limitado a la facultad para enmendar la Solicitud de Propuestas cuando ello sirva los mejores intereses del DSPR, y de cancelar el proceso de Solicitud de Propuestas, entre otros.
- La notificación de la adjudicación de la presente propuesta no constituirá el acuerdo formal entre las partes. Será necesario que se suscriba el contrato correspondiente.

- Si al Proponente se le otorga un contrato de servicios, la Oficina de Contratos del DSPR podrá requerir otros documentos necesarios para formalizar un contrato con la agencia.
- Los servicios profesionales incluidos en este Pliego formalizados por medio de contrato serán pagados con fondos federales, por lo cual le aplican todas las reglamentaciones del gobierno federal y local, incluyendo el SAM, el *Unique Entity ID* y el RUP. El contrato incluirá todas las cláusulas obligatorias del Apéndice II de 2 CFR 200, adaptadas a servicios profesionales, incluyendo terminación por causa, acceso a registros, y cumplimiento con normas federales aplicables.
- Todo proponente tiene derecho a reconsideración y revisión de la adjudicación de la propuesta, conforme a la Ley Núm. 38-2017, según enmendada y la Orden Administrativa 2025-603 del Secretario del DSPR.

EVALUACIÓN DE OFERTA FINAL

El DSPR se reserva el derecho de requerir una “Final y Mejor Oferta” (Best and Final Offer- BAFO por sus siglas en inglés) a los Proponentes calificados, cuando lo entienda necesario. De ser el caso, los Proponentes tendrán la oportunidad de presentar su última oferta o clarificar cualquier información provista en la oferta original. Esta oferta final deberá responder a los aspectos previamente discutidos. La Oficina de Subastas enviará por escrito a los Proponentes la solicitud de entrega de su *Final y Mejor Oferta*. En esta comunicación se establecerá la fecha y hora límite para la entrega de las ofertas. El Proponente será informado que, de no presentar la oferta final dentro del término señalado, su oferta original presentada será considerada como su oferta final.

Las “*Ofertas Finales (BAFO)*” serán evaluadas y se determinará si responden a los mejores intereses para el DSPR.

Por otro lado, el DSPR se reserva el derecho de obviar cualquier informalidad o diferencia de menor importancia en los términos y condiciones, si cumple con el propósito para el que se solicitan y es beneficioso para los mejores intereses del Gobierno de Puerto Rico, siempre y cuando no violente los requisitos de la Propuesta federal del Programa RWB/ADAP. Las desviaciones no podrán afectar sustancialmente la calidad, capacidad o características esenciales de los servicios solicitados.

El DSPR se reserva el derecho de descalificar propuestas si existe evidencia de colusión con la intención de defraudar u otras prácticas ilegales por parte de cualquier Proponente.

ADJUDICACIÓN:

El DSPR adjudicará al Proponente que cumpla con las Instrucciones, Términos, Condiciones y Especificaciones y represente el mejor valor para el Gobierno de Puerto Rico.

NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN

Una vez que el DSPR tome la decisión final, la Oficina de Subastas notificará por escrito a todos los Proponentes que participaron. La notificación de adjudicación del RFP no constituirá un acuerdo final entre las partes. La contratación debe completarse para crear un acuerdo final y válido.

Cuando el DSPR efectúe la adjudicación correspondiente, deberá notificar su determinación final mediante Resolución o Aviso de Adjudicación. La Resolución o Aviso de Adjudicación deberá ser enviado por correo certificado federal con acuse de recibo o correo electrónico a todas las partes que tienen derecho a impugnar tal determinación, es decir, todos los Proponentes que presentaron una propuesta en este RFP. El Aviso de Adjudicación debe incluir (i) los nombres de los Proponentes que participaron en el RFP y un resumen de sus propuestas; (ii) los factores o criterios considerados para la adjudicación de la propuesta; (iii) los defectos, en su caso, que tuvieran las propuestas de los Proponentes perdedores y (iv) la disponibilidad y plazo para solicitar la revisión administrativa y judicial.

➤ **REVISIÓN ADMINISTRATIVA**

- La parte afectada adversamente por la notificación de adjudicación podrá, dentro del término de veinte (20) días a partir del depósito en el correo federal o correo electrónico notificando la adjudicación de la Solicitud de Propuestas, presentar una moción de reconsideración ante la agencia. El DSPR deberá considerarla dentro de los quince (15) días de haberse presentado. Dicho término podrá extenderse una sola vez, por un término adicional de quince (15) días calendario.
- El apelante deberá proporcionar una notificación con una copia de la solicitud de revisión administrativa al DSPR. Simultáneamente, también notificará al Proponente que haya obtenido la *buena pro* en este RFP. Este requisito es de carácter jurisdiccional. En el documento de revisión en sí, el apelante certificará su cumplimiento con este requisito. El aviso debe enviarse por correo certificado con acuse de recibo y correo electrónico. El apelante deberá notificar, además, a todos los Proponentes que participaron en el proceso competitivo.

IX. Calendario e Información

Unidad Solicitante:	Programa Ryan White Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral, División de Prevención y Control de Enfermedades, Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Información de Contacto:	Carlos Padilla Cruz Gerente Interino Sección de Apoyo Administrativo a Subastas 787-765-2929, ext. 3450 / 4487
Número de Solicitud:	RFP-SP-2025-2026-019-SALUD ORAL-RW
Nombre de Solicitud:	Solicitud de Propuestas para ofrecer Servicios Profesionales de Administración de Beneficios de Seguros de Salud que incluya la selección y el pago de Primas de Seguros de Salud Oral y Copagos correspondientes a los servicios prestados para el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud.
Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):	Servicio Profesional
Fecha de Publicación de la Solicitud:	Martes, 09 de diciembre de 2025.
Fecha límite para someter preguntas:	Viernes, 19 de diciembre de 2025, hasta las 2:00 pm
Fecha límite para contestar preguntas:	Martes, 30 de diciembre de 2025, hasta las 5:00 pm
Entregar Propuesta:	Departamento de Salud (nueva sede) Sección de Apoyo Administrativo de Subastas Sector el Cinco, Barrio Monacillo Urbano 1575 Calle Juan Ponce de León San Juan, Puerto Rico
Fecha Límite para Someter Propuestas:	Jueves, 29 de enero de 2026, hasta las 2:00 pm
Solicitud de Información adicional relacionada solicitarla a:	subastas@salud.pr.gov

PORTADA

FONDOS SOLICITADOS PARA DESARROLLO DE INSTRUMENTO			
1. Presupuesto solicitado: _____ 2. Periodo solicitado: _____			
3. Data Universal Numbering System (DUNS): _____			
4. Número Seguro Social Patronal: _____			
5. System for Award Management (SAM): _____			
Periodo de vigencia: Desde: _____ Hasta: _____			
INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD			
6. Nombre de la entidad que presenta la propuesta: _____			
7. Dirección Postal: _____			
8. Dirección Física: _____			
9. Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____			
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
10. Personas Autorizadas:			
Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____			
(Director(a) Ejecutivo(a))			
Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____			
(Presidente(a) Junta de Directores)			
Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____			
(Representante Autorizado que firma contrato o enmienda)			
11. Persona Contacto:			
Nombre: _____ Puesto: _____ Teléfono: _____ Fax: _____			
PARA USO OFICIAL			
Fase de Evaluación: _____ Recomendada _____ No recomendada			
Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____			
Fase de Selección: _____ Seleccionada _____ No Seleccionada			
Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____			

DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	
1. Nombre de la entidad:	2. Fecha de Fundación:
3. Año de Incorporación, si aplica:	4. Fecha en que comenzó a proveer el servicio que propone:
5. Nombre del/la oficial principal de la entidad (Ej. Director/a Ejecutivo/a)	6. Tiempo en puesto:
7. Misión, visión y valores	
8. Tipo de servicios/esfuerzos que realiza la entidad, en general:	

OFERTA DEL LICITADOR

Fecha: _____

Nombre Compañía / No. Licitador

[] Negocio privado , [] Corporación, o [] Asociación, por la presente somete su oferta.

Seguro Social Patronal: _____

Hacemos constar que hemos leído todas las instrucciones, términos, condiciones y cláusulas del pliego de subastas; que entendemos y aceptamos cumplir con todas las cláusulas contenidas en éstos y en el contrato.

La dirección sometida con esta oferta es la dirección donde recibimos nuestra correspondencia.

Yo, _____, CERTIFICO que estoy autorizado a firmar esta oferta y mi nombre y firma constan registradas en el Registro de Licitadores.

_____ Nombre en letra de molde	_____ Firma	_____ Puesto o cargo que ocupa
-----------------------------------	----------------	-----------------------------------

Dirección Postal:	Dirección Física:
Número de Teléfono:	Correo Electrónico:

Corporación Foránea

Nombre del Agente Residente	Dirección	Número de Teléfono y Correo electrónico

Departamento de Salud
Gobierno de Puerto Rico

Yo, _____, en mi carácter personal, mayor de edad,
(nombre y apellidos)
_____, y vecino de _____,
(estado civil) (profesión) (ciudad) (país o estado)

CERTIFICO LO SIGUIENTE:

- 1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las anteriormente expresadas.
- 2. Que comparezco como dueño de negocio de tipo individual.
- 3. Que el nombre comercial de mi negocio (D/B/A, si aplica), es el siguiente, _____.
- 4. Que el propósito del negocio individual que represento es proveer los siguientes bienes, obras y/o servicios profesionales o no profesionales: (escriba a que se dedica)

- 5. Que las siguientes personas, **cuyas firmas aparecen en el presente documento más adelante**, están autorizadas a nombre y en representación del negocio, a firmar las ofertas que se sometan como parte de los procesos de compra de bienes y servicios profesionales y no profesionales que se lleven a cabo por las distintas agencias, corporaciones públicas y municipios del Gobierno de Puerto Rico.
- 6. Que **las firmas de las personas que constan en el presente documento** obligan al negocio que represento en todos los procesos de compra de bienes y servicios profesionales o no profesionales realizados por las agencias de la Rama Ejecutiva del Gobierno de Puerto Rico, corporaciones públicas y municipios. De igual forma, dichas personas están autorizadas a firmar ofertas y suscribir todo tipo de documento requerido como parte de dicha comparecencia.

Nombre y Apellidos	Posición	Firma

- 7. Que suscribo la presente Certificación con el propósito de cumplir con uno de los requisitos para ingresar al Registro Único de Licitadores (RUL) o al Registro Único de Proveedores de Servicios Profesionales (RUP) y para cualquier otro propósito administrativo o legal pertinente.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente certificación en _____,
(ciudad)
_____, hoy _____ de _____ de 20_____.
(país o estado)

FIRMA

Afidávit Número: _____

JURADA Y SUSCRITA ante mí por _____, de las circunstancias personales antes mencionadas, en su carácter de _____ de la _____ (tipo de negocio) y a quien identifico mediante _____.

En _____, _____, hoy _____ de _____ de 20____.

Nombre del (de la) Notario(a)

Firma del (de la) Notario(a)

RESOLUCIÓN CORPORATIVA

(no se aceptará Declaración Jurada que tenga borrones, tachaduras o corrector)

Yo _____, mayor de edad, (estado civil) _____, (profesión) _____, y vecino de _____, en calidad de _____ de la (tipo de negocio) _____, certifico, que en reunión celebrada el día ____ de _____ de 20____, a la cual asistió el quórum reglamentario, se resolvió autorizar a las personas nombradas a continuación, para que cualquiera de ellas, a nombre y en representación de esta Corporación, puedan comparecer a los procesos de compra de bienes y servicios no profesionales realizados por las agencias de la Rama Ejecutiva del Gobierno de Puerto Rico, corporaciones públicas y municipios, así como firmar ofertas y suscribir contratos y todo tipo de documento requerido como parte de dicha comparecencia, por lo que sus firmas, las cuales se hacen constar en este documento, obligan a esta (tipo de negocio) _____.

Nombre y Apellido	Posición	Firma

En mi carácter de _____ de la (tipo de negocio) _____, certifico, además, que la Resolución arriba transcrita no ha sido revocada, anulada o enmendada en forma alguna y que se mantiene vigente con toda su fuerza y vigor.

PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente y estampo el sello de la _____ (tipo de negocio).

En _____, _____, hoy ____ de _____ de 20____.

Firma del (de la) Declarante



AFIDÁVIT

Afidávit Número: _____

JURADA Y SUSCRITA ante mí por _____, de las circunstancias personales antes mencionadas, en su carácter de _____ de la _____ (tipo de negocio) y a quien identifico mediante _____.

En _____, _____, hoy ____ de _____ de 20____.

Nombre del (de la) Notario(a)

Firma del (de la) Notario(a)



DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, mayor de edad, ☐soltero(a)
☐casado(a) y residente en _____, en representación de la
compañía _____,
organizada como ☐corporación, ☐sociedad, ☐negocio individual u ☐otro
(especifique) _____, ocupando el cargo de _____ en
la compañía antes indicada, bajo juramento, declaro lo siguiente:

- 1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las anteriormente expresadas.
- 2. Que entiendo y acepto que toda persona natural o jurídica que desee participar de la adjudicación de una subasta o en el otorgamiento de algún contrato con cualquier agencia o instrumentalidad gubernamental, corporación pública, municipio, o con la Rama Legislativa o Rama Judicial, para la realización de servicios o la venta o entrega de bienes, someterá una declaración jurada ante notario(a) público(a), según establecido en el Artículo 3.3 de la Ley Núm. 2-2018 conocida como “Código Anticorrupción para el Nuevo Puerto Rico”.
- 3. Que el (la) suscribiente, la compañía _____, o su presidente(a), vice-presidente(a), director(a), director(a) ejecutivo(a) o miembro(s) de una Junta de Oficiales o Junta de Directores(as), o persona(s) que desempeñe(n) funciones equivalentes para la persona jurídica:

☐no ha sido convicto(a), ni se ha declarado culpable de cualquiera de los delitos enumerados en la Sección 6.8 de la Ley Núm. 8-2017, según enmendada, conocida como “Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico”, o por cualquiera de los delitos contenidos en la Ley Núm. 2-2018, conocida como “Código Anticorrupción para el Nuevo Puerto Rico”.

☐ha sido convicto(a) o se ha declarado culpable de cualquiera de los delitos, según enumerados en la Sección 6.8 de la Ley Núm. 8-2017, según enmendada, o por cualquiera de los delitos contenidos en la Ley Núm. 2-2018, antes mencionada. En tal caso, se indica lo siguiente:

Nombre de la compañía: _____

Nombre de su subsidiaria: _____

Nombre y apellido de la persona aplicable, según establecido en la Ley Núm. 2-2018: _____

Cargo en la Compañía: _____

Delito: _____

Fecha (D/M/A):	País:	Organismo o Tribunal:

4. Que entiendo y acepto que la convicción o culpabilidad por cualesquiera de los delitos enumerados en las citadas leyes inhabilitará de contratar o licitar a la persona natural o jurídica con cualquier entidad gubernamental, corporación pública, municipio, la Rama Legislativa y la Rama Judicial, por los términos aplicables bajo el artículo 6.8 de la Ley Núm. 8-2017, o diez (10) años contados a partir de la fecha en que termine de cumplir la sentencia cuando no se disponga un término en la citada Ley. Esta prohibición aplicará a cualquier delito, según establecido anteriormente, o su equivalente tanto en Puerto Rico, como en la jurisdicción federal, los estados, territorios de los Estados Unidos de Norteamérica o cualquier otro país.
5. Que la compañía _____, representada por el (la) suscribiente, tiene el deber y se compromete a informar continuamente, de forma inmediata, si el (la) suscribiente, o su presidente(a), vice-presidente(a), director(a), director(a) ejecutivo(a) o miembro(s) de una Junta de Oficiales o Junta de Directores(as), o persona(s) que desempeñe(n) funciones equivalentes para la persona jurídica, alguna vez resultara convicto(a) o se haya declarado(a) culpable o se encuentre(n) bajo investigación por los delitos contenidos en la Sección 6.8 de la Ley Núm. 8-2017, según enmendada, o por cualquiera de los delitos contenidos en la Ley Núm. 2-2018, antes mencionada.
6. Que suscribo esta declaración jurada de conformidad con lo establecido en la Ley Núm. 2-2018 y que hago la presente declaración jurada para que cualquier entidad gubernamental, corporación pública, municipio, la Rama Legislativa o la Rama Judicial tenga conocimiento de lo aquí declarado y para cualquier otro propósito administrativo o legal.

Y para que así conste, juro y firmo esta declaración en _____, Puerto Rico, el ____ de _____ de ____.

Firma del (de la) Declarante

AFIDÁVIT

Afidávit número: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____, de las circunstancias antes mencionadas y a quien identifico mediante _____.

En _____, Puerto Rico, el ____ de _____ de ____.

Nombre del (de la) Notario(a)

Firma del (de la) Notario(a)

Sello Notarial