



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-2025-2026-020-MED III

**EL DEPARTAMENTO DE SALUD SOLICITA PROPUESTAS PARA LA
CESIÓN PARA REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE VIH A ENTIDADES PARTICIPANTES BAJO
LA SECCIÓN 340B DEL *PUBLIC HEALTH SERVICE ACT*.**

FECHA DE PUBLICACIÓN

Martes, 16 de diciembre de 2025.

FECHA LÍMITE PARA SOMETER PREGUNTAS

En o antes del martes, 23 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, 15 de enero de 2026, a las 2:00 p.m.

En San Juan, Puerto Rico el martes, 16 de diciembre de 2025.


Carlos A. Padilla Cruz

Gerente Interino

BASE LEGAL

De acuerdo a los parámetros establecidos en la carta circular núm. 013-2021 “Medidas para asegurar la Transparencia y Responsabilidad Fiscal en la Contratación Gubernamental de Servicios Profesionales” emitida el 7 de junio de 2021 por la Oficina de Gerencia y Presupuesto del Gobierno de Puerto Rico, parte v, sección a, b (i a la iii) y la Orden Ejecutiva núm. 2021-029; y a la discreción del Secretario de Salud mediante Orden Administrativa Número 2022-535 del Secretario de Salud “Para establecer los procedimientos aplicables a la contratación de Servicios Profesionales y Consultivos que excedan la cantidad de ciento cincuenta mil dólares (\$150,000.00) o más, durante un mismo año fiscal en el Departamento de Salud; y crear el comité de evaluación de propuestas para los procedimientos de “Request For Proposal” (RFP) o solicitud de propuestas selladas”, según enmendada por la Orden Administrativa 2024-581 del Secretario de Salud; se establecen los requisitos para someter propuesta para servicios profesionales.

PLIEGO DE CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DS) mantiene un remanente de inventario de medicamentos para pacientes con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Debido a un requerimiento del gobierno federal y un cambio de la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico, estos medicamentos ya no pueden ser distribuidos a través de un Acuerdo Colaborativo establecido entre el DS y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para participantes del Plan Vital del Gobierno de Puerto Rico con dicho diagnóstico. Dicho acuerdo finalizó el 30 de junio de 2024. Ante la posibilidad de que este inventario de medicamentos expire, el DS entiende necesario disponer de éstos mediante el procedimiento de cesión para reembolso.

Estos medicamentos solo pueden ser cedidos para reembolso a entidades elegibles bajo la Sección 340B del PUBLIC HEALTH SERVICE ACT y que tengan una infraestructura de almacenamiento, distribución y entrega de estos medicamentos igual o similar a la infraestructura que mantiene el DS, que operen conforme con la legislación y reglamentación del gobierno federal y que, además, posean la capacidad económica para poder reembolsar al DS por los mismos.

El DS, por medio de su Oficina de Subastas, desea ceder para reembolso estos medicamentos mediante un proceso de Requerimiento de Propuestas (*RFP*, en inglés). Bajo este *RFP* el DS evaluará las propuestas de los licitadores y adjudicará los medicamentos a los licitadores que cumplan con las especificaciones, términos y condiciones aquí contenidos. La cesión de estos medicamentos se realizará preferiblemente a un solo licitador. No obstante, podrá adjudicarse por renglones a varios licitadores o dividir los renglones para adjudicarlos entre varios licitadores cuando esto beneficie a los mejores intereses del DS y/o cuando la cesión represente los mejores intereses de los pacientes con diagnóstico de VIH.

PROPÓSITO

El propósito de este RFP es recibir las propuestas de licitadores cualificados por el Gobierno Federal para participar del Programa de descuentos de medicamentos bajo la Sección 340B en adquirir el inventario de medicamentos objeto de esta solicitud mediante Acuerdo de Cesión para Reembolso de Medicamentos Antirretrovirales, al licitador o licitadores que ofrezca(n) el mayor beneficio en la transacción, tanto para los pacientes como para el Gobierno de Puerto Rico.

ALCANCE DEL RFP

Este pliego contiene las instrucciones que regirá este *RFP*. Los interesados en presentar sus propuestas leerán el documento detenidamente ya que en éste se incluyen los requisitos mandatorios y condiciones especiales con las que tienen que cumplir para ser elegibles y los documentos y certificaciones que tienen que ser presentados junto con sus propuestas.

En sus propuestas, los licitadores deberán cumplir con lo siguiente:

- a. Presentar una Certificación del Gobierno Federal de que son entidades certificadas bajo la Sección 340B, antes mencionada.
- b. Que en la actualidad mantienen una operación para la distribución, almacenamiento y entrega de los medicamentos a los pacientes con diagnóstico de VIH, de conformidad con las leyes y la reglamentación estatal y federal vigente.
- c. Que poseen la infraestructura necesaria para el almacenamiento de estos medicamentos.

- d. Que tienen la capacidad para poder contratar personal adicional o especializado de ser necesario para manejar el inventario y su operación.
- e. Que tienen la infraestructura necesaria para la distribución de estos medicamentos.
- f. Que poseen experiencia en el almacenamiento y distribución de estos medicamentos.
- g. Que poseen la capacidad financiera para poder reembolsar al DS por el costo de los antirretrovirales cedidos.

PREPARACIÓN Y ENTREGA DE PROPUESTAS

Instrucciones:

Las propuestas deberán ser acompañadas de un documento que tiene que incluir lo siguiente:

1. Nombre completo en letra de molde y luego ser firmada por el presidente o el representante autorizado del proponente.
2. Incluirá:
 - a. Dirección Física
 - b. Dirección Postal
 - c. Números de teléfonos, Fax y correos electrónicos
 - d. Número de Seguro Social Patronal
3. No deberá tener borrones. En caso de tener borrones o tachaduras estas tendrán que estar iniciadas por el proponente en tinta indeleble.
4. Las propuestas serán entregadas en la Oficina de Subastas del DS en o antes del jueves, **15 de enero de 2026 en sobres cerrados** en la **Nueva sede del Departamento de Salud, Sección de Apoyo Administrativo a Subastas. Coordinadas: 18.382049, -66.067001**, deberá entregar 1 original, 1 copia y 1 copia digital en un USB (formato PDF). **No se aceptarán propuestas en sobres abiertos bajo ningún concepto y/o que lleguen luego de dicha fecha y hora indicada.**
5. El sobre donde serán depositadas las propuestas deberá estar debidamente identificado con el nombre de la compañía que presenta la misma. Además, deberá estar identificado con el Número del *RFP*, Año Fiscal y el asunto.

6. Los sobres que contienen las propuestas serán estampados con un sello en el que se especificará la fecha y hora en que fueron recibidos en la Oficina de Subastas.
7. El DS evaluará las propuestas recibidas en cumplimiento con todas las reglamentaciones vigentes aplicables, entiéndase el Reglamento de Subastas, la Sección 340B, jurisprudencia aplicable y las leyes y reglamentos estatales y federales pertinentes.

LOS DOCUMENTOS DEBERÁN ESTAR IDENTIFICADOS CON EL NOMBRE COMERCIAL TAL Y COMO ESTÉ INCORPORADO O REGISTRADO EN EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA Y/O EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADO, DE SER UNA ENTIDAD PRIVADA.

Evaluación y Adjudicación:

Todos los renglones de este *RFP* serán adjudicados a un solo licitador o entre varios licitadores. El DS podrá, además, dividir los renglones para adjudicarlos entre varios licitadores si esto beneficia los mejores intereses del DS y/o beneficia a los pacientes con diagnóstico de VIH. Por tal razón los licitadores tienen que indicar si su oferta es para todos los renglones o para uno o más renglones individuales.

Se incluye un desglose de los costos de los medicamentos por renglón. Este costo por renglón será el “precio de cesión” para la adjudicación individual por renglón. Los renglones individuales podrán ser fraccionados entre varios licitadores. El DS, no podrá aceptar propuestas por cantidades menores al “precio de cesión”.

Los costos individuales de acuerdo con el tipo de medicamento son los siguientes: **(Ver Tabla de Medicamentos que se hace formar parte de este RFP).**

Procedimiento de Evaluación:

1. El DS nombrará un Comité para evaluar las propuestas recibidas quienes tomarán en consideración, entre otros los siguientes factores:

2. La experiencia en el manejo y distribución de medicamentos bajo la Sección 340B antes mencionada.
3. Integridad y reputación comercial.
4. Calidad de sus servicios.
5. Capacidad financiera. Todo proponente tiene que demostrar que posee la capacidad económica para poder reembolsar al DS por el costo de estos medicamentos. En caso de no poder reembolsar en un solo pago, el proponente podrá ofrecer un plan de pago con el que habrá de reembolsar al DS por estos medicamentos. El DS se reserva el derecho de aprobar al proponente que ofrezca el plan de pago que complete el monto total del reembolso en el menor tiempo y/o que represente sus mejores intereses. Los proponentes que ofrezcan un plan de pago que exceda el término de un (1) año serán rechazados. Este requisito, por sí solo, será el factor determinante para calificar al licitador o licitadores para que puedan participar en el RFP.

- i. Cadena de Distribución

- ii. Cantidad de pacientes que se beneficiarán de estos medicamentos.

En caso de fraccionar algún renglón entre varios licitadores el precio unitario de cada medicamento se obtendrá dividiendo el “precio de cesión” entre la cantidad del medicamento de cada renglón.

6. El Comité adjudicará este RFP al licitador o licitadores que cumplan con las especificaciones, términos y condiciones establecidos en este RFP en protección de los mejores intereses del DS, que representen los mejores intereses de los pacientes con diagnóstico de VIH y del Gobierno de Puerto Rico.
7. El Comité se reserva el derecho de rechazar cualquier o todas las propuestas que no cumplan con las especificaciones, términos y condiciones establecidos en este RFP, que no protejan los mejores intereses del DS, que no representen los mejores intereses de los pacientes con diagnóstico de VIH o del Gobierno de Puerto Rico.

Condiciones adicionales:

Los licitadores;

1. Tienen que certificar bajo su firma, si su compañía o alguno de sus oficiales o empleados han sido objeto de alguna investigación de delito, por alguna agencia de gobierno estatal o federal. Las ofertas de los licitadores que no incluyan dicha información serán rechazadas. Licitadores privados.
2. Presentarán evidencia de que su entidad posee toda licencia o certificación de agencias gubernamentales, estatales y federales que lo cualifique para despachar los medicamentos que el DS desea ceder. Licitadores privados
3. Incluirán una nota en sus propuestas en la que afirmarán y garantizarán que al presentar su oferta su situación financiera es sólida y su crédito excelente. Licitadores privados.
4. Incluirán su cadena de distribución y número de pacientes con diagnóstico VIH que se beneficiarán de estos medicamentos.

Advertencias:

El o los licitadores al igual que el licitador o licitadores agraciados no podrá(n) ceder sus derechos bajo este *RFP* a ninguna persona natural o jurídica, incluyendo, pero no limitado a subarrendamiento, compraventa, derecho a la operación comercial, administración. Cualquier acuerdo privado entre el proponente y algún tercero será legalmente nulo y no tendrá efecto sobre el DS. Tampoco podrán vender o dispensar los medicamentos objeto de este RFP a ningún paciente que no sea beneficiario del Plan VITAL.

Luego de la evaluación y adjudicación de las propuestas, el licitador o licitadores agraciados serán convocados para la firma de un acuerdo en el que se perfeccionará la cesión para reembolso de los medicamentos. Para la firma de este acuerdo el o los licitadores agraciados deberán presentar, entre otros, los siguientes documentos, según aplique (individuos, entidades privadas o corporaciones):

- a. Certificado de Incorporación o Sociedad del Departamento de Estado.

- b. Certificado de Existencia o Certificación de Autorización para hacer Negocios en Puerto Rico.
- c. Certificado de Cumplimiento de “Good Standing”.
- d. Certificación Negativa de No Deuda actualizada del Departamento de Hacienda, o Plan de Pago si es que se encuentra acogido a éste.
- e. Certificación Negativa de No Deuda del Departamento de Hacienda, Negociado de Recaudaciones.
- f. Certificación del Departamento de Hacienda que acredite que ha rendido planillas durante los últimos cinco (5) años.
- g. Certificación Negativa de No Deuda del Centro de Recaudaciones de Ingresos Municipales (C.R.I.M.) o plan de pago, si es que se encuentra acogido a éste.
- h. Declaración Jurada sobre No Incumplimiento de Contratos sobre los últimos cinco (5) Años con Empresa Privada y Gobierno (se adjunta documento).
- i. Certificación de Ausencia de Conflicto de Interés (Carta Circular 2002-05, Oficina de Ética Gubernamental)
- j. Mediante una comunicación escrita, certificará que no ha sido excluido para participar en procesos de subasta con el Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, corporaciones, dependencias, oficinas, sus municipios, etc., o con el gobierno federal.
- k. Certificación Negativa de No Deuda de la Administración del Sustento a Menores (ASUME), si el contratante no es una firma, corporación o sociedad; de ser una corporación debe entregar una Certificación de Estado de Cumplimiento de ASUME, corroborando que cumple con las órdenes emitidas a su nombre como patrono para retener del salario de sus empleados los pagos de la pensión alimentaria.
- l. Certificación de Registro como Patrono y de No Deuda por Concepto de Seguro Social Choferil emitida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
- m. Certificación de Registro como Patrono y de No Deuda por Concepto de Seguro por Desempleo y Seguro por Incapacidad emitida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

- n. Certificación de No Deuda del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
- o. Estados Financieros de los últimos tres (3) años
- p. Certificación sobre Registro de Comerciantes del Departamento de Hacienda (Modelo SC 2918).
- q. Certificación de No Deuda por Todos los Conceptos emitida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM).
- r. Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Propiedad Mueble emitida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM).
- s. Copia de la Certificación de Elegibilidad que emite la Administración de Servicios Generales (ASG), de estar en el Registro Único de Licitadores de dicha agencia. Esta certificación podrá sustituir parte de los documentos descritos en este documento.

Todas las páginas de este documento deberán ser iniciadas y firmadas por el licitador.

Calendario e Información

Unidad Solicitante:	Departamento de Salud
Información de Contacto:	Carlos A. Padilla Cruz Gerente Interino 787-765-2929, ext. 3450
Número de Solicitud:	RFP-SP-2025-2026-020-MED III
Nombre de Solicitud:	El Departamento de Salud solicita propuestas para la cesión para reembolso de medicamentos para pacientes con diagnóstico de VIH a entidades participantes bajo la Sección 340B del Public Health Service Act.
Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencia, Etc.):	Solicitud de Servicios Profesionales
Fecha de Publicación de la Solicitud:	Lunes, 15 de diciembre de 2025.
Entregar Propuesta en la Oficina de Subastas:	Nueva sede del Departamento de Salud Sección de Apoyo Administrativo a Subastas. Sector El Cinco, Bo. Monacillo Urbano Coordenadas: 18.382049, -66.067001.
Fecha límite para someter preguntas	En o antes del martes, 23 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 someter propuestas:	En o antes del Jueves, 15 de enero de 2026, a las 2:00 p.m.
Solicitud de información relacionada, solicitarla a:	subastas@salud.pr.gov

Anejo I

La siguiente información tiene que ser entregada por el licitador junto a con su propuesta.

Nombre y Apellidos del presidente:
o representante autorizado
(en letra de molde)

Título:

Nombre Comercial:

Dirección Postal:

Dirección Física:

Números telefónicos:

Número de Fax:

Correo electrónico:

Número de Seguro Social Patronal:

Núm. Registro de Licitadores (ASG):
Si aplica

Firma:

INVENTARIO MEDICAMENTOS VIH PARA CESION PARA REEMBOLSO
DEPARTAMENTO DE SALUD
NOVIEMBRE 2025

Anejo II

INVENTARIO REMANENTE MEDICAMENTOS RETROVIRALES DEPARTAMENTO DE SALUD							
REGLON	MEDICAMENTO	PRECIO POR UNIDAD	DESCR	LOTE	FECHA DE EXPIRACION	CANTIDAD REMANENTE	TOTAL
1	DESCOVY (Tenofovir Alafenamide 25mg, Emtricitabine 200mg)	\$ 343.27	FCOx30	7332004A	4/30/2027	333	\$114,308.91
2	DESCOVY (Tenofovir Alafenamide 25mg, Emtricitabine 200mg)	\$ 343.27	FCOx30	7332005A	4/30/2027	1305	\$447,967.35
6	GENVOYA (Elvitegravir 150mg, Cobicistat 150mg, Emtricitabine 200mg, Tenofovir Alafenamide 10mg)	\$ 816.61	FCOx30	CNZYN	4/30/2026	60	\$48,996.60
9	ISENTRESS HD600MG (Raltegravir)	\$ 528.00	FCOx60	Y007710	2/21/2026	3	\$1,584.00
11	SYMTUZA (Darunavir 800mg/cobicistat150mg/emtricitabine200mg/tenofovir alafenamide 10mg)	\$ 1,243.42	FCOx30	23MG485	6/30/2026	655	\$814,440.10
12	SYMTUZA (Darunavir 800mg/cobicistat150mg/emtricitabine200mg/tenofovir alafenamide 10mg)	\$ 1,243.42	FCOx30	23NG528	6/30/2026	1695	\$2,107,596.90
16	EDURANT (Rilpivirine hydrochloride)	\$ 345.77	FCOx30	NFL7S00	6/30/2026	348	\$120,327.96
18	Emtricitabine 200mg/Tenofovir disoproxil fumarate 300mg (TRUVADA)	\$ 9.45	FCOx30	23058311	2/28/2026	1	\$9.45
19	Emtricitabine 200mg/Tenofovir disoproxil fumarate 300mg (TRUVADA)	\$ 9.45	FCOx30	23052711	2/28/2026	32	\$302.40
20	Emtricitabine 200mg/Tenofovir disoproxil fumarate 300mg (TRUVADA)	\$ 9.45	FCOx30	23063711	3/31/2026	1	\$9.45
24	RUKOBIA 600MG (fostemsavir) extended-release tablets	\$ 2,575.50	FCOx60	5U5L	4/30/2026	62	\$159,681.00
27	Tenofovir Disoproxil Fumarate 300mg (VIREAD)	\$ 4.15	FCOx30	RTF2305A	7/31/2026	59	\$244.85
28	Tenofovir Disoproxil Fumarate 300mg (VIREAD)	\$ 4.15	FCOx30	RTF2307B	9/30/2026	20	\$83.00
29	Tenofovir Disoproxil Fumarate 300mg (VIREAD)	\$ 4.15	FCOx30	ETD6230051	9/30/2026	192	\$796.80
30	SELZENTRY 300MG (Maraviroc)	\$ 858.26	FCOx60	GG8007	2/28/2027	93	\$79,818.18
32	EMTRIVA 200MG (Emtricitabine)	\$ 167.87	FCOx30	039053	7/31/2026	62	\$10,407.94
33	INTELENCE 200MG (Etravirine)	\$ 511.67	FCOx60	NCL0000	2/28/2026	88	\$45,026.96
36	PREZISTA 600MG (Darunavir)	\$ 570.23	FCOx60	23LG381	9/30/2026	11	\$6,272.53
37	PREZISTA 600MG (Darunavir)	\$ 570.23	FCOx60	24CG760	2/28/2027	136	\$77,551.28
40	PREZISTA 800MG (Darunavir)	\$ 626.79	FCOx30	23HG202	5/31/2026	9	\$5,641.11
41	PREZISTA 800MG (Darunavir)	\$ 626.79	FCOx30	23LG413	9/30/2026	146	\$91,511.34
42	PREZISTA 800MG (Darunavir)	\$ 626.79	FCOx30	23LG426	9/30/2026	8	\$5,014.32
43	PREZISTA 800MG (Darunavir)	\$ 626.79	FCOx30	24BG711	2/28/2027	374	\$234,419.46
46	STRIBILD (Cobicistat/ Elvitegravir/Emtricitabine/Tenofovir)	\$ 848.67	FCOx30	041455	12/31/2026	9	\$7,638.03
47	TRUVADA (Emtricitabine 200mg/Tenofovir disoproxil fumarate 300mg)	\$ 364.77	FCOx30	037535	5/31/2026	3	\$1,094.31
48	VIREAD 300mg (Tenofovir disoproxilfumarate)	\$ 232.67	FCOx30	029877	2/28/2026	1	\$232.67
49	VIREAD 300mg (Tenofovir disoproxilfumarate)	\$ 232.67	FCOx30	031982	7/31/2026	2	\$465.34
	TOTAL					5708	\$4,381,442.24

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