

**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: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN  
División de Compras y Subastas  
**Sección de Apoyo Administrativo de Subasta**

**INVITACIÓN Y PLIEGO DE SOLICITUD DE PROPUESTAS (RFP)**

**RRFP-SP-2025-2026-032-SAL EMERG DORADO**

**SOLICITUD DE PROPUESTAS (RFP) PARA LA ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN  
DE LA SALA DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO (CDT) DE DORADO**

**FECHA DE PUBLICACIÓN**

Martes, 7 de abril de 2026

**FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR SOLICITUD DE ACLARACIÓN (RFC)**

En o antes del viernes, 10 de abril de 2026, a las 2:00 p.m.

**FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR CONTESTACION**

En o antes del martes, 14 de abril de 2026, a las 5:00 p.m.

**FECHA LÍMITE PARA LA ENTREGA DE LA PROPUESTA**

En o antes del martes, 28 de abril de 2026, a las 2:00p.m. en San Juan, Puerto Rico

Carlos A. Padilla Cruz

Gerente Interino

Sección de Apoyo Administrativo de Subastas

## BASE LEGAL

A tenor con la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada; la Ley Núm. 237 del 31 de agosto de 2004, según enmendada; Boletín Administrativo Núm. OE-2021-029 del 27 de abril de 2024; la Orden Administrativa 2023-581 del 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).

## INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de la División de Servicios Médicos y Hospitalarios para la contratación de servicios profesionales de administración y prestación de servicios médicos, el Departamento de Salud (en adelante DS) por medio de su Oficina de Subastas solicita Propuestas de Servicios Profesionales para proveer servicios de Administración y Prestación de Servicios Médicos en la Sala de Emergencias del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Dorado.

La Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud (SACSAS) conocida anteriormente como Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y Enfermería (SASME) fue creada con el propósito de integrar los trabajos relacionados a los servicios de salud administrados y ofrecidos por el DS a nivel primario, secundario, terciario y supra terciario. Tiene como función el facilitar y ser enlace con las oficinas del DS que puedan ayudar a solucionar los problemas y situaciones que se presenten en cada una de las instituciones de servicios ya sean hospitalarias o ambulatorias, que estén adscritas al DS. Esto incluye a los Hospitales Universitario de Adultos, Pediátrico Universitario y Dr. Ramón Ruiz Arnau, además de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento que pertenecen o son administrados por el DS.

A través de la División de Servicios Médicos y Hospitalarios se coordina con las regiones los servicios de salud en las salas de emergencias de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento de Adjuntas, Vieques y Culebra y la Sala de Urgencias de Loíza. Para proveer cuidados de salud a la población que asiste en busca de servicios a estos CDT's y Salas de Emergencias/Urgencias se hace necesario contar con un andamiaje administrativo y de prestación de servicios de salud.

## PROPONENTES ELEGIBLES

En virtud de los poderes y facultades conferidos al Secretario de Salud en la Ley Núm. 3 del 1 de enero de 2003, según enmendada, se solicitan propuestas para la Administración y Operación de la sala de Emergencia del Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) de Dorado.

Las entidades contratantes autorizadas por la Ley 3 de 2003 son: Municipios, Corporaciones Públicas, Escuelas de Medicina y Corporaciones especializadas que posean diez (10) años o más ofreciendo servicios de salud y que tengan la capacidad financiera y administrativa en Puerto Rico. Se requiere que la entidad esté registrada en el Registro Único de Proveedores (RUP) de la Administración de Servicios Generales (en adelante ASG) o presentar evidencia de que se encuentra en proceso de estarlo, según dispuesto en la Ley 73 de 2019 y el Boletín Informativo Núm. 2021-03 de la ASG.

En aquellos casos en que el contratante seleccionado sea una persona jurídica, se requerirá como parte de los documentos a entregarse, previo a la formalización del contrato a tenor con las leyes y reglamentos aplicables, una Certificación sobre Persona Jurídica en la que se identifiquen los dueños, accionistas, socios y oficiales de la corporación contratada.

### Requisitos que tienen que reunir las propuestas para ser evaluadas:

#### A. Información general:

1. Ser una entidad reconocida e incorporada en el Departamento de Estado de Puerto Rico.
2. Nombre oficial, dirección física y postal de la entidad natural o jurídica.
3. Contar con un mínimo de cinco (5) años de experiencia en administración y prestación de servicios médicos. En caso de que el proponente sea una Corporación especializada debe poseer diez (10) años o más ofreciendo servicios de salud y tener capacidad financiera y administrativa en Puerto Rico.
4. Lista de los accionistas o socios de la entidad, así como de los miembros de la Junta de Directores (si aplica).

5. Dirección, teléfonos y correo electrónico del Director Ejecutivo, Oficial o personal autorizado a representar, endosar, explicar, negociar y/o firmar cualquier documento requerido por el Departamento de Salud.
6. Indicar experiencia previa en la operación, administración y prestación de servicios de salud e incluir cartas de recomendación.
7. Nombre y credenciales del Director Médico.
8. Nombre e información de contacto de la persona encargada de hacer las transferencias de:
  - i. Utilidades
  - ii. Propiedad
9. Presentar Estado Financiero **Auditado**
10. Presentar evidencia de solvencia económica
  - i. Someter evidencia de Línea de Crédito y balance promedio disponible a la fecha de la propuesta.
  - ii. Evidencia de otros recursos líquidos internos o externos (carácter personal).
11. Registro en la Administración de Servicios Generales (RUP).
12. Certificado de Incorporación o Documento de Sociedad, vigente.
13. Certificación de que los incorporadores y/o cónyuges, o los socios y/o cónyuges no son servidores públicos, ni lo han sido durante los últimos dos años, si aplica.

**B. Certificaciones: Cumplimiento con los documentos, pólizas y certificaciones requeridas como parte del proceso de contratos con el Gobierno de Puerto Rico.**

1. Certificado de Cumplimiento “Good Standing”.
2. Certificado de Registro Único de Proveedores (RUP).
  - i. Se requiere además que la entidad esté registrada en el RUP de la ASG o presentar evidencia de que se encuentra en proceso de estarlo, según dispuesto en la Ley Núm. 73-2019 y el Boletín Informativo Núm. 2021-03 de la ASG.
3. Certificación de que las instalaciones serán destinadas exclusivamente para la prestación de servicios de salud.

4. Compromiso de adquirir las pólizas u otros documentos o realizar cualquier proceso según establecido por ley.
5. Compromiso de realizar la rehabilitación y mantenimiento que se necesite en la Sala de Emergencia, incluyendo las áreas externas a la misma.
6. Compromiso de aceptar en todo momento la cubierta de seguro médico que provea el asegurador o proveedor de servicios de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).
7. Compromiso de aceptar en Usufructo y proveer mantenimiento de Generador Eléctrico, propiedad de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública del Departamento de Salud, el cual fue adquirido con fondos federales, si aplica.
8. La organización que implantará en la instalación y los servicios que contemple establecer.
  - i. Definir la relación con la comunidad y como armonizará los servicios del sistema de salud.
  - ii. Organización estructural y funcional de los servicios de salud y el manejo de pacientes, según el nivel de servicios de salud en que esté enmarcada la instalación.
  - iii. Proyección de la utilización de los servicios médico-hospitalarios que generará la población que recibirá el servicio. Dicha proyección deberá considerar los datos actuariales disponibles en el Departamento y ASES.
  - iv. Plan de trabajo dividido en fases para implantar el proyecto, especificando aquellas fechas para las cuales estarán completadas cada una de las fases.
9. El presupuesto para cubrir las necesidades de salud de los pacientes de la comunidad que atenderán en la instalación de salud, las obligaciones y capacidad financiera.
10. El diseño y plan para la implantación de un sistema de información e identificación de pacientes que genere datos válidos, confiables, precisos y a tiempo para la toma de decisiones, producción de informes estadísticos, informes clínicos, facturación y cobro a planes de salud, pago directo y otros. Este plan estará implantado por

completo, en o antes de los primeros 90 días de administración por parte del contratista.

11. La composición de una facultad médica, así como el reglamento que la regula e indicar los procedimientos para seleccionar a sus miembros y evaluar la calidad del cuidado médico brindado en las instalaciones de salud. También, incluirá el programa de educación continuada de la facultad.
12. De ser Municipio, tendrá que incluir copia de la ordenanza aprobada por la Asamblea Legislativa Municipal, autorizando la transacción o contratación a efectuarse entre éste y el Departamento de Salud.

### **C. Servicio mínimo solicitado:**

1. Contar con el personal capacitado para rendir los servicios en un mínimo de tiempo.
2. Proyección de Sala de Emergencia 24 horas al día, siete (7) días a la semana y/o horario que aplique según la necesidad del servicio y análisis de gastos con el siguiente personal por turno de trabajo:
  - i. Médico (1)
  - ii. Enfermera graduada, según análisis del censo diario
  - iii. Enfermera práctica
  - iv. Personal de Mantenimiento
  - v. Recepcionista/Oficinista
  - vi. Seguridad (1)
  - vii. Administrador con licencia
3. Servicios de Laboratorio y Rayos X.
4. Servicio de Ambulancia (24 horas): Someter evidencia de disponibilidad del servicio. De ser provisto por una entidad gubernamental o privada deberá presentar evidencia del acuerdo firmado por ambas partes y los horarios de servicios. En caso de municipios deben presentar acuerdo firmado y la autorización de la Asamblea Legislativa Municipal, avalando el acuerdo.
5. Otros servicios que planifiquen ofrecer.

### **Fecha de traspaso:**

La fecha de traspaso de la administración y operación de la Sala de Emergencia será coordinada y negociada entre el Departamento de Salud, el administrador existente y el proponente seleccionado. El Departamento de Salud aclara que no es el dueño titular de los CDT's descritos en este documento, por lo que el Departamento no se hace responsable del cambio de titularidad y el efecto que esto pueda tener en la contratación final para los servicios descritos en esta propuesta.

### **PROPUESTAS – TIPO O ESQUEMA DE TRANSFERENCIA**

Las propuestas deberán estar basadas bajo el esquema de **transferencia de administración y operación de servicios mediante la figura de cesión**. La cesión de administración se realiza **sin erogación de fondos por parte del DS** y debe ser la entidad contratante quien cubra los costos operacionales y administrativos. El periodo de vigencia de la cesión de administración y operación de instalaciones de salud es de cinco (5) años.

### **ADVERTENCIAS**

- Proporcionar cualquier tipo de información o documentación falsa, plagiada o fraudulenta como parte de la información presentada para esta propuesta será causa suficiente para descalificar o rechazar la propuesta de cualquier proponente, así como para cancelar o rescindir cualquier contrato otorgado.
- El DS puede ordenar la cancelación parcial o total de este RFP cuando sirva a los mejores intereses del Gobierno de Puerto Rico, independientemente de la fase en la que se encuentre, siempre que sea previo a la formalización del contrato. Las cancelaciones se notificarán por correo electrónico a todos los proponentes que hayan solicitado a la Sección de Apoyo Administrativo de Subastas los documentos relacionados a esta Solicitud de Propuestas y se publicará un anuncio en la página web del DS.
- El DS puede enmendar este RFP hasta dos (2) días laborables antes de la apertura de las propuestas cuando la enmienda implique cambios o solicitudes adicionales que deban incluirse en la propuesta o un (1) día laborable antes de la apertura de las ofertas cuando la enmienda no afecte la presentación de las propuestas, si sirve a los mejores intereses del Gobierno de Puerto Rico.

- El DS podrá requerir a todas las partes involucradas en este proceso la firma de un Acuerdo de Confidencialidad.
- El DS se reserva el derecho de emitir uno (1) o más RFP posteriores para los mismos servicios.
- Toda persona que en su vínculo con el DS participe en licitaciones de RFP, presente una propuesta o esté interesada en perfeccionar contratos con el DS, tendrá la obligación de divulgar toda la información necesaria para que la Administración pueda evaluar detalladamente las transacciones y tomar determinaciones correctas e informadas. Cualquier relación no revelada (conflicto de interés) es motivo de descalificación inmediata.

## ENTREGA DE PROPUESTAS

Los Proponentes tendrán que presentar su propuesta en sobres sellados identificados con el nombre, dirección y número de teléfono del Proponente, así como el número del RFP. Se requiere que sometan la oferta en original (1), una (1) copia en papel y una (1) copia en formato digital (**pdf en un pen drive**). Las copias físicas deben estar debidamente encuadradas.

La entrega de estos documentos será en o antes de la fecha establecida, ante la **Sección de Apoyo Administrativo de Subastas del DS, ubicada en la nueva sede del Departamento de Salud, Sector el Cinco, Barrio Monacillo Urbano, San Juan, Puerto Rico**. Los sobres sellados serán marcados por personal autorizado de la Oficina de Subastas con la fecha y hora del recibo, lo que constituirá la fecha oficial de entrega de la oferta.

Toda propuesta recibida sin identificar, según lo aquí establecido será tramitada como correspondencia regular. El DS no será responsable si el remitente pierde su oportunidad de presentar la propuesta a tiempo. Preguntas o solicitud de información debe ser dirigida a:

**Carlos Padilla Cruz- Gerente Interino**

**Sección de Apoyo Administrativo de Subastas**

**Correo electrónico: [subastas@salud.pr.gov](mailto:subastas@salud.pr.gov)**

**Teléfono: (787) 765-2929, ext. 3450**

- La fecha límite para someter las propuestas será **en o antes del martes, 28 de abril de 2026, en o antes de las 2:00 de la tarde** en la Oficina de Subastas en la nueva sede del Departamento de Salud.
- Propuestas entregadas de forma presencial deberán ser impresas por un solo lado de las hojas de papel.
- La propuesta deberá ser completada en todas sus partes y cumpliendo con todos los criterios de elegibilidad. De lo contrario, no será considerada.
- El Proponente deberá entregar la propuesta un (1) original, una (1) copia y una (1) copia digital en un USB (formato PDF) (las propuestas deben estar debidamente encuadradas).
- La propuesta debe presentarse en idioma español y cada página debe estar numerada secuencialmente en la parte inferior de la página. Todas las propuestas deben cumplir con las siguientes reglas:
  - Formato de archivo: PDF
  - Tamaño de fuente: 12 puntos
  - Márgenes: 1 pulgada
  - Interlineado: espacio doble
  - Tipo de papel: Blanco; tamaño 8½ x 11
  - Datos numéricos: sistema de medidas inglés
  - Costos: dólares estadounidenses
- Además, todas las propuestas deben incluir una carta de presentación con un título que haga referencia a este RFP y la siguiente información:
  - Nombre completo del proponente.
  - Información de contacto de la(s) persona(s) autorizada(s) para representar al proponente y la(s) personas(s) y negociar con el Departamento de Salud con respecto a este RFP.
  - Nombre de la persona o empresa que participó en la elaboración de la propuesta.
  - Si el proponente es una corporación, identifique el Estado donde está organizado el proponente.
  - Certificación de que la propuesta se presenta en respuesta a esta RFP y que permanecerá firme por un período de 120 días a partir de su fecha de vencimiento

y, posteriormente, hasta que el proponente desista o firme el contrato, o la RFP sea rescindido por el Departamento de Salud, lo que ocurra primero.

- Firma del proponente o persona autorizada por resolución social.
- El Departamento de Salud se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de solicitar información adicional a los proponentes para ayudar al Departamento de Salud a evaluar las propuestas.
- El Departamento de Salud se reserva el derecho de negociar por separado con cualquier proponente, según sea necesario, para servir los mejores intereses del Departamento de Salud. Ninguna declaración hecha o acción tomada por el Departamento de Salud durante estas negociaciones lo obligará de ninguna manera. El Departamento de Salud mantendrá la confidencialidad de todas las discusiones y negociaciones.
- El proponente ganador y todos los demás proponentes cuyas propuestas no sean seleccionadas serán notificados por correo electrónico.

### **CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y PUNTUACIÓN:**

Se alienta al proponente a ofrecer términos y condiciones que produzcan el máximo beneficio al Departamento de Salud en términos de servicios ofrecidos y costo total. El Departamento de Salud evaluará las propuestas bajo una metodología de **Criterios con un Peso** establecido (basado en importancia), multiplicado por el **Valor** determinado por el Comité de Evaluación y Adjudicación. La siguiente tabla indica los criterios y el peso asignado a cada uno. La escala de puntuación, tanto del Peso asignado a cada criterio como el Valor fluctúa de uno (1) a cinco (5), para un máximo posible de 100 puntos. Los Criterios por considerar en el presente RFP y su Peso predeterminado se indican a continuación:

TABLA DE EVALUACIÓN			
(peso) x (valor otorgado- 1-5)= Total			
Criterios	Peso	Valor	Total
Desempeño Pasado	2		
Capacidad Financiera	5		
Capacidad Técnica	3		
Plan de Servicio	5		
Presupuesto	5		
Total			

- **Desempeño pasado:** proporcionar información de contacto (nombre, cargo, compañía, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico) para al menos tres (3) referencias de clientes (ya sean del sector público o privado) donde el Proponente haya ejecutado un trabajo similar a los servicios solicitados en este RFP. Las referencias deberán estar fechadas dentro de los últimos cinco (5) años, o en caso de Corporación especializada, dentro de los diez (10) años o más de experiencia administrativa, a partir de la fecha de cierre del RFP. (Incluir referencias)
- **Capacidad Financiera:** Evidencia de que el proponente cuenta con recursos financieros y organizacionales para llevar a cabo las actividades requeridas en esta solicitud. Se requiere que incluya el último estado financiero **auditado** de la organización con sus debidas notas. (Incluir estado financiero), incluir referencias bancarias, estados bancarios (de ser necesario) y evidencias de líneas de crédito activas que ayuden a determinar la situación y salud financiera de la empresa o entidad.
- **Capacidad Técnica:** Detalle brevemente la experiencia técnica y las capacidades de la entidad.
- **Plan de Servicio:** Los Proponentes deberán desarrollar un narrativo delineando el plan de acción estratégico propuesto por su organización para cumplir exitosamente con los objetivos y servicios solicitados en este RFP. Este plan estratégico estará basado en el enfoque y experiencia de su entidad en otros proyectos similares. Debe incluir ejemplos de cómo su propuesta ha logrado éxito en proyectos específicos y relevantes, similares a lo solicitado en este RFP.

- **Descripción de los Recursos:** Describa la capacidad operacional que tiene la organización para diseñar e implementar los servicios requeridos en este RFP. Provea una descripción de los recursos con que cuenta en la actualidad y personal que ofrecerá los servicios. Deberá proveer una descripción detallada de los trabajos y responsabilidades. Deberá demostrar que el personal está capacitado y adiestrado. **Incluir resúmenes, evidencia de certificaciones relevantes.** De igual manera, deberán indicar los recursos adicionales que entienda necesita para la prestación de los servicios, describir el plan para proveer el personal necesario para rendir estos servicios y cómo durante el transcurso de la vigencia del contrato su organización se asegurará de que el personal asignado cuente con la experiencia y preparación necesaria. También debe describir la capacidad de la empresa para responder con rapidez y efectivamente los requerimientos que surjan en el transcurso de los servicios.
- **Presupuesto:** Deberán presentar un narrativo del presupuesto anual para la prestación de estos servicios y detallar los costos de los servicios. Se requiere que incluya el desglose de los costos en formato de tabla (incluir la tabla de costos). Este presupuesto debe estar basado y dirigido a los servicios solicitados descritos en la **Sección “Servicio mínimo solicitado”** de este RFP. Se requiere la descripción de estos servicios, el detalle de las actividades, el costo por hora y la cantidad de horas que proveerá dicho recurso.
- **Cumplimiento con presentación de auditorías o estados financieros auditados:** Las entidades proponentes deberán cumplir con lo dispuesto en el **45 CFR 75.501**, sección titulada **Audit Requirements**, para someter y presentar copia certificada como fiel y exacta al original de una **auditoría externa reciente** siempre y cuando la organización proponente tenga gastos de fondos federales combinados de \$750,000 o más (esto según definido en las secciones 75.501, 75.501(a) y 75.501(b)). En el caso de tener gastos menores a los \$750,000, la organización deberá presentar el **estado financiero auditado más reciente**. Incluir estado financiero auditado más reciente como **Anejo 5**. La auditoría o el estado financiero auditado más reciente, según sea el caso de la entidad, deberá presentarse junto a la solicitud de la propuesta. De ser una entidad con fines de lucro o comercial, deberá presentar el estado financiero auditado más reciente de la entidad junto con la solicitud de propuesta.

- **Acuerdos y Compromisos de los Proponentes:** Documento que debe ser completado por el Proponente con motivo de acordar asuntos relacionados al RFP. Véase **Anejo 3**. Los asuntos que se acuerdan y a los que se compromete la entidad, agencia u organización con el DS son los siguientes:
- Las propuestas recibidas no representan un compromiso u obligación del DS para aprobar y otorgar fondos a los Proponentes. El otorgamiento de fondos dependerá de la evaluación de la propuesta y los fondos disponibles al momento de la asignación final del presupuesto.
  - La notificación de adjudicación de este RFP no constituirá el acuerdo formal entre las partes. Será necesario mediar un contrato firmado por ambas partes.
  - Proporcionar cualquier tipo de información o documentación falsa, plagada o fraudulenta como parte de la información presentada para esta propuesta será causa suficiente para descalificar o rechazar la propuesta de cualquier Proponente, así como para cancelar o rescindir cualquier contrato otorgado.
  - Toda persona que en su vínculo con el DS participe en licitaciones de RFP, presente una propuesta o esté interesada en perfeccionar contratos con el DS, tendrá la obligación de divulgar toda la información necesaria para que la Administración pueda evaluar detalladamente las transacciones y tomar determinaciones correctas e informadas. Cualquier relación no revelada (conflicto de interés) es motivo de descalificación inmediata.
  - El Proponente será responsable de todos los costos asociados con la preparación y entrega de su propuesta y, en ninguna circunstancia, tendrá derecho a cobrar al DS los gastos de preparación o entrega de la propuesta (incluso si el RFP sea cancelado).
  - El DS se reserva el derecho de cancelar el proceso de formalización de contrato si el Proponente agraciado con la Buena Pro incumple con la entrega de los documentos requeridos en el tiempo establecido para estos fines.
- **Certificaciones:** Los Proponentes deberán incluir en su propuesta todas las certificaciones requeridas en este RFP; *Certificado de Incorporación del Departamento de Estado* (incluir como **Anejo 6**), *Certificado de Cumplimiento “Good Standing”* (incluir como **Anejo 7**),

*Certificado de Elegibilidad del RUP (incluir como **Anejo 4**), Resúmenes y Evidencia de Certificaciones relevantes del personal propuesto para los servicios (incluir como **Anejo 8**)*

## **EVALUACIÓN DE OFERTA FINAL**

El DS 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 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. No se aceptará la alteración de la propuesta en su totalidad, solo se aceptará la información solicitada en el BAFO. De someter cambios adicionales a los solicitados, la propuesta será descartada y la misma no podrá ser evaluada.

Las “Ofertas Finales (BAFO)” serán evaluadas y se determinará si responden a los mejores intereses para el DS. Es posible que más de un Proponente sea seleccionado para la adjudicación. Por otro lado, el DS 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. Las desviaciones no podrán afectar sustancialmente la calidad, capacidad o características esenciales de los servicios solicitados.

El DS 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 DS adjudicará al Proponente que cumpla con las Instrucciones, Términos, Condiciones y Especificaciones y represente el mejor valor para el Gobierno de Puerto Rico. El DS se reserva el derecho de seleccionar a más de un Proponente.

### ➤ NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN

Una vez que el DS 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. Una vez que el DS 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 tuvieron 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 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 DS deberá considerarla dentro de los 15 días de haberse presentado. Dicho término podrá extenderse una sola vez, por un término adicional de 15 días calendario. El apelante deberá proporcionar una notificación con una copia de la solicitud de revisión administrativa al DS. 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.

### **Calendario e Información**

<b>Unidad Solicitante:</b>	Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud (SACSAS), Departamento de Salud
<b>Información de Contacto:</b>	Carlos Padilla Cruz- Gerente Interino Sección de Apoyo Administrativo de Subastas Correo electrónico: <a href="mailto:subastas@salud.pr.gov">subastas@salud.pr.gov</a> Teléfono: (787) 765-2929, ext. 3450
<b>Número de Solicitud:</b>	<b>RFP-SP-2025-2026-032-SAL EMERG DORADO</b>
<b>Nombre de Solicitud:</b>	<b>Solicitud de Propuestas (RFP) para Administración y Operación de la Sala de Emergencia del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Dorado</b>
<b>Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):</b>	Contrato de Cesión de Administración y Operación de Instalaciones de Salud
<b>Fecha de Publicación de la Solicitud:</b>	Martes, 7 de abril de 2026
<b>Fecha límite para someter preguntas:</b>	Viernes, 10 de abril de 2026, a las 2:00 de la tarde
<b>Fecha límite para contestar preguntas:</b>	Martes, 14 de abril de 2026, a las 5:00 de la tarde
<b>Entregar Propuesta en la Oficina de Subastas:</b>	Departamento de Salud Sección de Apoyo Administrativo de Subastas
<b>Fecha Límite para Someter Propuestas:</b>	Martes, 28 de abril de 2026, a las 2:00 de la tarde
<b>Solicitud de documentación relacionada solicitarla a:</b>	<a href="mailto:subastas@salud.pr.gov">subastas@salud.pr.gov</a>

## ANEJO 2 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:	

### ANEJO 3 ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS PROPONENTES

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

#### ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS PROPONENTES

1. Entiendo que esta propuesta es sólo una solicitud para competir por los fondos y que no constituye un compromiso ni una obligación del Departamento de Salud de otorgar los fondos solicitados.
2. Entiendo que la notificación de aprobación de esta propuesta no es una autorización de parte del Departamento de Salud para comenzar a ofrecer servicios bajo la misma, sin la mediación de un contrato firmado por ambas partes.
3. Entiendo que cualquier información falsa aquí provista significará el rechazo de mi propuesta y/o terminación de mi participación en el Proyecto, aún si este hecho se descubre posterior a la fecha de aprobación de mi propuesta, o la firma del contrato.
4. Garantizo que no existe conflicto de intereses entre mi persona, o miembros de mi entidad, y el Departamento de Salud o sus empleados.
5. Entiendo que como proponente asumiré todos los costos de la preparación de esta solicitud de fondos.
6. Entiendo y acepto que, de no entregar los documentos requeridos en el término señalado, el Departamento de Salud podrá suspender el proceso de firma de contrato y reprogramar los fondos.

**CERTIFICO** que toda la información aquí provista es correcta, y que soy el proponente, o la persona autorizada a representarle.

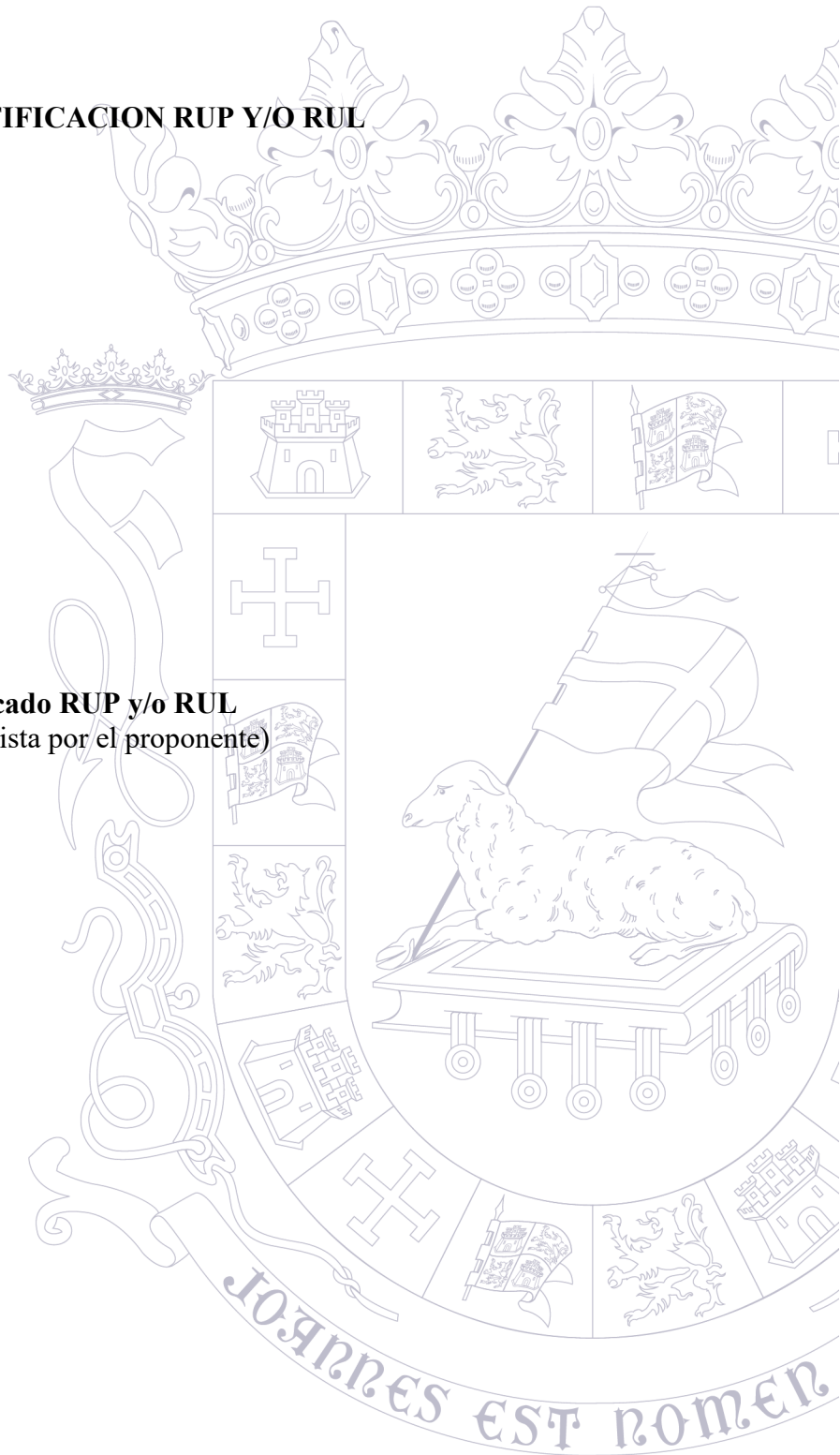
\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

## ANEJO 4: CERTIFICACION RUP Y/O RUL

**Certificado RUP y/o RUL**  
(Sera provista por el proponente)







*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 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 identifiqué mediante \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nombre del (de la) Notario(a)

Firma del (de la) Notario(a)

Sello Notarial



*Departamento de Salud*  
Gobierno de Puerto Rico

**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\_\_\_\_.

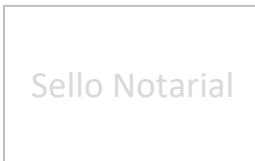
\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Declarante

**Afidávit 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)

Sello Negocio



DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad,  soltero(a)  casado(a)  otro,

y residente en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ en representación:

(ciudad)

(País o estado)

individuo;

persona jurídica, ocupando el cargo de \_\_\_\_\_ de la

(posición en la compañía)

compañía \_\_\_\_\_;

(nombre de la compañía)

persona jurídica **foránea**; ocupando el cargo de \_\_\_\_\_ de la

(posición en la compañía)

compañía \_\_\_\_\_;

(nombre de la compañía)

BAJO EL MÁS SOLEMNE JURAMENTO, DECLARO:

- 1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las anteriormente expresadas.
2. Que el/los dueños(s), asociado(s), participante(s) accionista(s), socio(s), miembro(s) o cualquier persona natural o jurídica con poder decisonal o control de la Entidad1 o Corporación son los siguientes:

Table with 3 columns: Nombre y Apellidos, Tipo de participación (dueño, accionista, miembro, etc.), Firma

- 3. Que la Entidad o Corporación a la cual represento es una empresa conjunta "Joint Venture" con la(s) siguiente(s) Entidad(es), Corporación(es) o cualquier otra persona natural o jurídica: (si aplica)

Table with 1 column: Entidad, Corporación o persona natural o jurídica

- 4. Que reconozco que por virtud de la Ley Núm. 2 de 4 de enero de 2018, según enmendada, conocida como el "Código Anticorrupción para el Nuevo Puerto Rico", se dispone que cualquier persona, sea natural o jurídica, que haya sido convicta por: infracción a los Artículos 4.2, 4.3 o 5.7 de la Ley 1-2012, conocida como "Ley Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental"; por infracción a alguno de los delitos graves contra el ejercicio del cargo público o contra fondos públicos de los contenidos en los artículos 250 al 266 de la Ley 146-2012, según enmendada, conocida como "Código Penal de Puerto Rico"; por cualquiera de los delitos tipificados en el "Código Anticorrupción para el Nuevo Puerto Rico" o por cualquier delito grave que involucre el mal uso de los fondos o propiedad pública, incluyendo pero sin limitarse a los delitos mencionados en la sección 6.8 de la Ley 8-2017, según enmendada, conocida como "Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico"; estará inhabilitada de contratar o licitar con cualquier agencia

1 Para propósito de esta Declaración Jurada Entidad se refiere, sin limitarse a toda sociedad, compañía de responsabilidad limitada, corporación, asociación, organización, empresa conjunta debidamente organizados y/o registrados de conformidad con las leyes aplicables de Puerto Rico.

ejecutiva del Gobierno de Puerto Rico, corporación pública o municipio, por el término aplicable bajo la sección 6.8 de la Ley 8-2017, *supra*.

Para fines de la jurisdicción federal o de los estados o territorios de los Estados Unidos de Norteamérica o de cualquier otro país, aplicará la prohibición contenida en la aludida ley en casos de convicción por los delitos cuyos elementos constitutivos sean equivalentes a los de los referidos delitos.

5. **Complete solo UNO (1) de los siguientes párrafos [(a) o (b)]. No se aceptarán Declaraciones Juradas que tenga ambos párrafos completados.**

a) Que ni el suscribiente, o la compañía \_\_\_\_\_, ni  
(nombre de la compañía, si aplica)  
ninguna de sus subsidiarias, o *alter ego*, ni ninguno de sus presidentes, vicepresidentes, directores, directores ejecutivos, o miembros de su Junta de Oficiales o Junta de Directores, o persona que desempeñe funciones equivalentes, ha sido convicto o se ha declarado culpable en el foro estatal o federal, en cualquier otra jurisdicción de los Estados Unidos de Norteamérica o en cualquier otro país, o está bajo investigación en cualquier procedimiento legislativo, judicial o administrativo, ya sea en Puerto Rico, Estados Unidos de Norteamérica o cualquier otro país por cualesquiera de los delitos mencionados en el Artículo 3.4 de la Ley 2-2018, *supra* o su equivalente para propósitos de la referida Ley 2-2018, *supra*.

b) Que \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_, la cual es  
(nombre de individuo o compañía) (nombre de una subsidiaria o alter ego)  
o fue subsidiaria o *alter ego* de \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
(nombre de individuo o compañía) (nombre de individuo o compañía)  
ocupando el cargo de \_\_\_\_\_ en la compañía antes mencionada,  
(nombre de presidente, vicepresidente, director, director ejecutivo, o miembros de Junta de Oficiales o Junta de Directores, o Persona que desempeñe funciones equivalentes)

se ha declarado culpable (nombre de presidente, vicepresidente, director, director ejecutivo, o miembros de Junta de Oficiales o Junta de Directores, o persona que desempeñe funciones equivalentes), o

ha sido convicto en el foro estatal o federal, en cualquier otra jurisdicción de los Estados Unidos de Norteamérica o en cualquier otro país por, o

está bajo investigación en cualquier procedimiento legislativo, judicial o administrativo, ya sea en Puerto Rico, Estados Unidos de Norteamérica o cualquier otro país, por cualesquiera de los delitos mencionados en el Artículo 3.4 de la Ley 2-2018, *supra* o su equivalente para propósitos de la referida Ley 2-2018, *supra*.

\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
(nombre de individuo o compañía) (nombre de una subsidiaria o alter ego) (nombre de presidente, vicepresidente, director, director ejecutivo, o miembros de Junta de Oficiales o Junta de Directores, o Persona que desempeñe funciones equivalentes)

se declaró culpable, fue convicto por, o está bajo investigación en cualquier procedimiento legislativo, judicial o administrativo por \_\_\_\_\_ en  
(nombre del delito; grave o menos grave)  
\_\_\_\_\_ ante \_\_\_\_\_  
(país / jurisdicción) (organismo o tribunal)

La convicción o declaración de culpabilidad fue el \_\_\_\_\_  
(día - mes - año)

6. Que suscribo esta Declaración Jurada de conformidad a los establecido en la Ley 2-2018, *supra*.

7. Que entiendo y acepto que la convicción o declaración de culpabilidad por cualquiera de los delitos enumerados en el Artículo 3.4 de la Ley 2-2018, *supra*, conlleva, además de cualesquiera penalidades, la rescisión automática de todos los contratos entre el suscribiente, la compañía o negocio que represento y cualquier entidad gubernamental, corporación pública, municipio, la Rama Legislativa o la Rama Judicial, a la fecha de tal convicción o declaración de culpabilidad.

8. 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 y/o legal.

**Y PARA QUE ASÍ CONSTE**, juro y firmo la presente declaración en \_\_\_\_\_,  
(ciudad)

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(País o estado)

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Declarante

**AFIDÁVIT**

Afidávit número: \_\_\_\_\_

**JURADO Y SUSCRITO** ante mí por \_\_\_\_\_, de las  
(nombre del declarante)

circunstancias antes mencionadas y a quien identifico mediante \_\_\_\_\_.  
(identificación, conocimiento personal u otro)

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(ciudad) (País o estado )

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Notario(a)

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Notario(a)

Señor Notario:

## 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