



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)

PLIEGO PARA:

**CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA UNA CAMPAÑA
EDUCATIVA DE MEDIOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH**

RFP-SP-2025-2026-009-PREV-VIH

FECHA DE PUBLICACIÓN

Lunes, 08 de septiembre de 2025.

FECHA LÍMITE PARA SOMETER PREGUNTAS

En o antes del martes, 16 de septiembre de 2025, a las 2:00 p.m.

subastas@salud.pr.gov

FECHA LÍMITE PARA CONTESTAR PREGUNTAS

En o antes del jueves, 18 de septiembre de 2025, a las 5:00 p.m.

FECHA LÍMITE PARA LA ENTREGA DE LA PROPUESTA

En o antes del jueves, 25 de septiembre de 2025, a las 2:00 p.m.

En San Juan, Puerto Rico el lunes, 08 de septiembre de 2025,



Carlos A. Padilla Cruz

Gerente (Interino)

Solicitud de Fondos en Convocatoria Abierta 2025

Fecha límite para **entregar la propuesta: jueves, 25 de septiembre de 2025.**

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).

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Salud es responsable del desarrollo e implementación del plan de acción para la prevención de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en Puerto Rico, así como de la incorporación de estrategias que apoyen la prevención y el acceso a tratamientos para la Tuberculosis y las Hepatitis Virales. El Programa de Prevención de ETS, VIH y Hepatitis Virales (PPEVH), adscrito a la Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles de la Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral (SASSI), reconoce la importancia de planificar los servicios que ha de prestar partiendo de las necesidades de la población para atemperar adecuadamente las estrategias para la prevención del VIH y otras infecciones transmisibles. De igual modo, promueve y fomenta la participación de las organizaciones de base comunitaria sin fines de lucro, agencias gubernamentales y otras entidades en la prestación de servicios preventivos, de tratamiento y apoyo a las poblaciones de personas con diagnóstico positivo a VIH y con SIDA; así como con conductas que aumentan el riesgo para contraer el VIH en Puerto Rico.

La meta de fin de la Epidemia del VIH es reducir las nuevas infecciones del VIH en un 75% dentro de 5 años y por lo menos lograr una reducción del 90% en 10 años. Esta iniciativa está basada en cuatro pilares: diagnosticar a todas las personas viviendo con VIH lo antes posible, tratar a las personas viviendo con VIH rápida y efectivamente para alcanzar la supresión viral, prevenir las nuevas infecciones utilizando intervenciones aprobadas, incluyendo PrEP y los programas de servicios de jeringuillas y responder rápidamente a brotes potenciales proveyendo servicios de prevención y tratamiento a las personas que lo necesiten.

La PS24-0047, *High-Impact HIV Prevention and Surveillance Programs for Health Departments*, es uno de los proyectos que trabaja la prevención del VIH en el PPEVH. El pilar de prevención impacta a personas en riesgo a la transmisión del VIH a través de intervenciones educativas y preventivas como la concienciación en la importancia de la prueba del VIH como prueba de rutina, la distribución de condones y la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP). Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, PrEP es el medicamento que reduce probabilidades de transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales o el consumo de drogas inyectables. Incluso, cuando se toma según las indicaciones, los medicamentos de PrEP tienen una efectividad de reducir el riesgo de contraer el VIH a través de las relaciones sexuales un 99%, mientras que para las personas que se inyectan drogas un 74%.

VIGENCIA Y PRESUPUESTO

El plazo para realizar los servicios solicitados en este RFP finaliza el 31 de mayo de 2026, sujeto a la formalización de un acuerdo entre el Departamento de Salud y el proponente seleccionado. **El presupuesto disponible es de \$162,656.00.**

SERVICIOS PARA PRESTAR:

El objetivo principal deseado con esta contratación es aumentar la educación dirigida promover las pruebas rutinarias del VIH (incluso entre mujeres embarazadas), PrEP/PEP, la distribución de condones y la distribución de la auto prueba.

Las entidades interesadas deberán someter una propuesta de solicitud de fondos con los objetivos de:

- Promover información sobre la prevención del VIH en las siguientes poblaciones:
 - Hombres que tienen sexo con hombres
 - Jóvenes
 - Mujeres en edad reproductiva
 - Personas transgénero
 - Usuarios/as de Drogas Intravenosas
- Promover información sobre PrEP para su conocimiento, uso y beneficios para la prevención del VIH en las siguientes poblaciones:
 - Hombres que tienen sexo con hombres
 - Jóvenes
 - Personas que sostienen una relación sexual con alguien que tiene un diagnóstico positivo de VIH
 - Mujeres en edad reproductiva
 - Personas transgénero
 - Usuarios/as de drogas intravenosas

NOTAS IMPORTANTES

- Periodo de ejecución: Los servicios deberán iniciar en el año calendario 2025 y finalizar el 31 de mayo de 2026.
- El Departamento de Salud también se reserva el derecho de evaluar el desempeño de los proponentes seleccionados al menos una vez al año.
- Preguntas o solicitud de información debe ser dirigida a:

Carlos A. Padilla Cruz

Gerente Interino- Sección de Apoyo Administrativo de Subastas

Correo electrónico: subastas@salud.pr.gov

Teléfono: 787-765-2929, extensión: 3450

- La fecha límite para someter las propuestas será el **jueves, 25 de septiembre de 2025 en o antes de las 2:00 pm, en la Oficina de Subastas ubicada en la nueva**

sede del Departamento de Salud.

- Propuestas deben ser entregadas de forma presencial 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 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.
- Toda propuesta vendrá acompañada del Certificado Único de Proveedores (RUP) expedido por la Administración de Servicios Generales del Gobierno de Puerto Rico (ASG), mediante el cual acredita su inclusión en el Registro Único de Proveedores de Servicios Profesionales, según dispuesto en la Ley Núm. 73-2019, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Servicios Generales para la Centralización de las Compras del Gobierno de Puerto Rico de 2019".
- El Departamento de Salud se reserva el derecho de considerar todos y cada uno de los factores relacionados con la determinación de la capacidad e idoneidad del proponente, sus respectivos agentes o representantes.
- 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.

Envío de propuestas

La información proporcionada en la propuesta debe ser precisa y completa. La información incierta, incompleta y/o incorrecta no será considerada por el Departamento de Salud. La falsificación de cualquier documento puede resultar en la descalificación del proceso de evaluación y selección o la terminación del contrato adjudicado, si se descubre en el futuro.

El Departamento de Salud se reserva el derecho de rechazar cualquier propuesta si descubre que el proponente a sabiendas presentó información falsa. El Departamento de Salud se reserva el derecho de dar por terminado el contrato adjudicado si se determina que fue adjudicado como resultado de la presentación de información falsa.

El Proponente deberá entregar la propuesta acompañada de toda la documentación requerida en la **Oficina de Subastas ubicada en la nueva sede del Departamento de Salud, Avenida Ponce de León 1575, Carr. 838, Km. 6.3, Bo. Monacillos, San Juan, PR 00926. Deberá entregar 1 original, 1 copia y una copia digital en un USB (formato PDF), en o antes**

del jueves, 25 de septiembre de 2025, hasta las 2:00 PM. La propuesta debe presentarse en idioma español y cada página debe estar numerada secuencialmente en la parte inferior de la página.

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) persona(s) y negociar con el Departamento de Salud con respecto a esta 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.
- Firma del proponente o persona autorizada por resolución corporativa.

PROCESO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN

Una vez recibidas las propuestas, se realizará un proceso de evaluación para determinar el cumplimiento con los criterios de evaluación y con el formato provisto en este Pliego incluyendo todas las partes requeridas. Dichas propuestas serán evaluadas por un Comité de Evaluación y Recomendación que estará a cargo de determinar si las mismas cumplen con los criterios de evaluación y los formatos requeridos. El secretario de salud podrá constituir un Comité Técnico, para asistir al Comité en el proceso de evaluación de las propuestas.

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). 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 1 a 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 EVALUACION DEL RFP RFP-SP-2025-2026-009-PREV-VIH			
Criterios	Peso	Valor	Total
Experiencia y trayectoria	3		
Planificación y logística, Flexibilidad y capacidad de adaptación	4		
Creatividad e innovación	5		
Recursos y Capacidad Técnica y Capacidad Financiera	4		
Resultados y Logros	4		

Criterios	Detalles a Evaluarse
Experiencia y trayectoria	Descripción y años de experiencia en los servicios solicitados en el RFP.

Criterios	Detalles a Evaluarse
Planificación, Logística, Flexibilidad y Capacidad de Adaptación	Capacidad de gestionar con eficiencia implementación de planes de medios, coordinación de eventos, manejo del tiempo, seguridad. Comunicación y monitoreo de progreso de los trabajos. Medición de resultados y ajustes de optimización. Capacidad del proponente en el manejo de imprevistos y cambios, entre otros.

Criterios	Detalles a Evaluarse
Creatividad e innovación	Originalidad y capacidad de ofrecer ideas novedosas y atractivas para el público. Tácticas y estrategias aplicadas a las campañas publicitarias.

Criterios	Detalles a Evaluarse
Recursos y Capacidad Técnica y Capacidad Financiera	Se tomará en cuenta tanto el recurso humano como técnico del proponente, incluyendo personal capacitado, infraestructura, equipos, herramientas de medición, entre otros. Se tomará en cuenta la capacidad financiera, someter evidencia de que el proponente cuenta con recursos financieros y organizacionales para llevar a cabo las actividades requeridas en esta solicitud.

Criterios	Detalles a Evaluarse
Resultados y Logros	Se tomará en cuenta la capacidad de obtener los resultados proyectados luego de implementada la campaña de publicidad.

El Comité de Evaluación y Recomendación examinará y evaluará las propuestas. La aceptación de propuestas no dará lugar a ninguna responsabilidad u obligación por parte de Departamento de Salud o sus asesores, y ningún proponente tendrá ninguna causa de acción contra el Departamento de Salud o sus asesores que se origine por la falta de adjudicación de un contrato a cualquier proponente, o la falta de consideración de cualquier propuesta o cualquier gasto incurrido por un proponente en la preparación de su propuesta.

PROPONENTE EXITOSO

El Departamento de Salud otorgará la buena pro a aquel proponente que obtenga la puntuación más alta a tenor con los criterios indicados. Conforme a ello, su propuesta debe ilustrar que tiene la capacidad y experiencia para cumplir con los objetivos señalados y que representa el mejor valor para Programa WIC y el Departamento de Salud

Calendario e Información

Unidad Solicitante:	Departamento de Salud Programa de Prevención ETS/VIH/HV San Juan, Puerto Rico
Información de Contacto:	Carlos A. Padilla Cruz Gerente Interino Sección de Apoyo Administrativo de Subastas 787-765-2929, ext. 3450 / 4415
Número de Solicitud:	RFP-SP-2025-2026-009-PREV-VIH
Nombre de Solicitud:	Contratar los Servicios Profesionales para una Campaña Educativa de Medios sobre la Prevención del VIH
Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):	Solicitud de Servicios Profesionales
Fecha de Publicación de la Solicitud:	Lunes, 08 de septiembre de 2025.
Fecha límite para someter preguntas:	Martes, 16 de septiembre de 2025, hasta las 2:00 pm.
Fecha límite para contestar preguntas:	Jueves, 18 de septiembre de 2025, hasta las 5:00 pm.
Entregar Propuesta en la Oficina de Subastas:	Departamento de Salud, Sector el Cinco 1575 Calle Juan Ponce de León San Juan, Puerto Rico
Fecha Límite para Someter Propuestas:	Jueves, 25 de septiembre de 2025, hasta las 2:00 pm.
Solicitud de documentación relacionada:	subastas@salud.pr.gov

Estructura para Presentación de Propuesta

Portada
Página de cubierta debe contener el Título del RFP e información general del proponente (nombre del proponente).
Carta de presentación
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) persona(s) y negociar con el Departamento de Salud con respecto a esta 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. - Firma del proponente o persona autorizada por resolución corporativa. - Cualquier otro documento requerido.
Índice
Trasfondo histórico de la empresa (experiencia y trayectoria)
Hable brevemente de su historia, trayectoria y motivación.
Experiencia Empresarial (experiencia y trayectoria)
Comente sobre su experiencia en su campo profesional y quiénes son o han sido sus clientes. Incluya experiencia de clientes privados y de gobierno (si aplica).
Estructura de la Empresa (recursos humanos) (Capacidad Financiera)
- Presente su equipo de trabajo. Divisiones/ departamentos de su empresa y recurso humano. - Someter evidencia de que el proponente cuenta con recursos financieros y organizacionales para llevar a cabo las actividades requeridas en esta solicitud.
Servicios (planificación y logística)
Detalle y describa los servicios que ofrece su empresa. - Administración de la cuenta - Redes sociales y Medios Digitales - Relaciones Públicas - Diseño creativo “Community Management” - Desarrollo de Plataformas Digitales (Apps, Páginas Web, Canales, etc.) - Diseño y desarrollo de estrategias - Coordinación de Eventos - Producción - Desarrollo de Plan de Medios - Manejo de crisis - Otros

Herramientas Certificaciones (planificación y logística)
Exponga las herramientas que utiliza para facilitar el desarrollo y comunicación efectiva con el cliente (Programas Plataformas) Exponga las certificaciones que posee la empresa o el equipo de trabajo para lograr el éxito de los proyectos.
Ejecuciones (creatividad e innovación)
Muestre la diversidad empresarial. Comparta diferentes ejecuciones en diferentes escenarios (déjenos saber cómo lo hizo utilizando ideas y medios creativos).
Resultados (creatividad e innovación) (recursos y capacidad técnica) (planificación) (logros)
Escoja una muestra de su trabajo (de uno a tres proyectos) y presente los resultados que validen los logros en su empresa.
• Metas y objetivos • Target • Concepto creativo • Ejecuciones (muestra de diferentes medios de comunicación) • Logros (hable de alcances, KPI, satisfacción de su cliente y consecución de los objetivos y metas). • Plan de Medios (Someta una muestra de un diseño y desarrollo de un plan de medios) se evaluará la capacidad de desarrollo y diseño de plan de medios.
Conocimiento del tema solicitado (recursos y capacidad técnica)
Comparta de forma general como trabajará el tema en el caso de ser seleccionado. Déjenos saber por qué debemos seleccionar su compañía. Muestre de forma creativa porqué su empresa es la indicada para desarrollar el proyecto.
Referencias o recomendaciones
<i>Nota: Si es una empresa nueva puede someter los logros individuales del equipo de trabajo para validar la experiencia y ejecución en su área de peritaje.</i>

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:	

Departamento de Salud
Gobierno de Puerto Rico

ANEJO I

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 y Fax:

Correo Electrónico:

Corporación Foránea

Nombre del Agente
Residente

Dirección

Número de Teléfono
y correo electrónico

ANEJO II

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, **cuvas firmas aparecen en el presente documentomás 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 RamaEjecutiva 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)

ANEJO III

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)

Sello
Notarial

ANEJO IV

DECLARACIÓN JURADA

LEY NÚM. 2-2018

(No se aceptará Declaración Jurada que tenga
borrones, tachaduras o corrector)
(Ver documento adjunto)



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