

SOLICITUD PARA EL REGISTRO O RECERTIFICACIÓN DE PROVEEDORES ELEGIBLES A LA LISTA ESTATAL

JUNTA LOCAL DE CONEXIÓN
LABORAL BAYAMÓN – COMERÍO

C **NEXIÓN**
LABORAL

ÁREA LOCAL BAYAMÓN - COMERÍO

INTRODUCCIÓN

Las Entidades interesadas en pertenecer a la Lista Estatal de Proveedores Elegibles de Adiestramiento (ETPL) del Sistema de Oportunidades y de Innovación en la Fuerza Laboral para el Año Programa 2025 – 2026, deberán solicitar su inclusión, a través de un módulo recién creado que se encuentra en el Sistema “*Participant Record Information System*” (PRIS).

Para poder utilizar el mismo, deberán solicitar acceso enviando un correo electrónico a prisddcc@ddec.pr.gov. El (PRIS), le asignará un número de registro que será utilizado en todo momento, para su identificación.

SOLICITUD REGISTRO O RECERTIFICACIÓN DE PROVEEDORES ELEGIBLES A LA LISTA ESTATAL

NUMERO DE REGISTRO (PRIS): _____

1. Nombre de la Institución u Organización: _____
2. Dirección física: _____
3. Dirección postal: _____
4. Teléfonos: _____
5. Correo electrónico: _____
6. Página Web: _____
7. Número Seguro Social Patronal: _____
8. Número registro Fondo Seguro del Estado: _____
9. Nombre del dueño o Junta de Directores de Institución u Organización:
10. Nombre de la persona que dirige la Institución u Organización (Director, Rector, o Decano):

11. Estructura Organizacional (Incluya el Organigrama)
12. Servicios que presta: _____
13. Describa de manera breve la estructura, propiedades y equipo de la Institución. En caso de que las propiedades, estructura y equipo sean rentadas, incluya copia de los Contratos de Arrendamiento, planos y descripción de las facilidades por áreas:
 - a. Estructura: _____

 - b. Propiedades: _____
 - c. Equipo: _____

14. Tiempo que lleva operando en Puerto Rico:

- Menos de un (1) año 1 – 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años
 16 años en adelante

15. ¿Ha tenido contratos de Adiestramiento o Proyectos con fondos federales o estatales?

- Federales: Sí No Estatales: Sí No

Información para Registro Inicial

16. Mencione las experiencias previas con otras Áreas Locales, Proveedores de Servicios, Agencias Federales, Estatales y Municipios durante los últimos dos (2) años:

ENTIDAD	TIPO DE PROGRAMA	PARTICIPANTES	AÑO

17. ¿Se le ha cancelado algún contrato? Sí No

De contestar afirmativamente, explique la razón: _____

18. Identifique las Acreditaciones y Certificaciones que posee para operar la Institución y ofrecer Adiestramientos o Cursos: _____

19. ¿Qué tipo de ayudas económicas estatales o federales recibe actualmente la Institución?

Especifique: _____

- “Pell Grant” Veteranos Rehabilitación Vocacional “Stanford” WIOA
 Otras (Identifique) _____

20. Indique bajo qué calendario opera la Institución. Incluya copia del calendario.

- Semestre Trimestre Cuatrimestre Otros

21. Identifique y describa, Adiestramientos o Programas que ofrece la Institución para los cuales se somete la Solicitud de Certificación o Recertificación de elegibilidad bajo la Ley WIOA.

22. Tiene la Institución una Oficina de Colocaciones: Sí No

Nombre persona contacto: _____

Posición: _____ Teléfono: _____

23. ¿Tiene la Institución Seguro de Responsabilidad Pública vigente? Presente evidencia.

Explique si no tiene: _____

INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN

Para cada Programa auspiciado con fondos federales, “Pell Grant” y Ley WIOA, deberá someter la información que se solicita en el Formulario de Información sobre Programas. La Evaluación de la Solicitud de Recertificación, se hará por Programas para el cual interesa continuar los servicios de Adiestramiento. Se incluirán en el Registro aquellos Programas Certificados o Recertificados por Institución.

SOLICITUD REGISTRO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DEBE CONTENER LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Todo proveedor deberá contar con un numero asignado en el Sistema (PRIS) y haber completado la Solicitud de Propuestas en todos los campos de información requeridos.

Los documentos requeridos son los siguientes:

REGISTRO ÚNICO – MUNICIPIO
Permiso de Uso
Licencia de Bomberos
Licencia de Salud Ambiental
MUNICIPIO CORRESPONDIENTE
Patenta Municipal (Documento vence cada 6 meses o anual en Junio y/o Diciembre)
INTERNAL REVENUE SERVICE (IRS)
Evidencia del Número de Seguro Social Patronal (Carta del IRS)
Certificación de Existencia o Incorporación para hacer Negocios
Certificado Buena Pro(“Good Standing”)
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
Registro de Comerciante (Modelo SC 2918)
Certificación de Radicación Contribuciones sobre Ingresos de 5 años
Certificación de Radicación de Planilla de IVU (Modelo SC 2942)
Certificación de Deuda del Impuesto sobre IVU (Modelo SC 2927)
Certificación de Deuda (SC6069)
Carta de Relevó del 7%
CRIM
Certificación de Radicación Planillas durante los 5 años (CRIM)
Certificación de Propiedad Mueble
Certificación de Propiedad Inmueble
Certificación de Deuda por todos los Conceptos (CRIM)

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO
Certificación de Deuda del Seguro por Desempleo e Incapacidad
Certificación de Deuda por Concepto de Seguro Choferil
Nota: Documento vence cada 3 meses, Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
Certificación no Deuda
Póliza de Seguro (si tiene empleado)
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA (ASUME)
Certificación Negativa o Estado de Cuenta (Personal o Corporativo; Documento vence 30 días)
GOBIERNO FEDERAL
Registro SAM
CONSEJO DE EDUCACIÓN
Licencia del Consejo de Educación
OTROS REQUISITOS PRIVADOS
Evidencia de Póliza de Responsabilidad Pública/"Hold Harmless"
Certificación de Contrataciones Vigentes con Agencias Gubernamentales
Estado Financiero reciente (Si los ingresos exceden los 3 MILLONES, deberá estar certificado por un Contador Público Autorizado)

LOS CRITERIOS QUE SE UTILIZAN PARA EVALUAR LAS PROPUESTAS SON LOS SIGUIENTES:

1. Cursos o Adiestramientos que ofrecen
2. Experiencia previa, ejecución en Propuestas Programas Federales o Programas auspiciados con fondos de la Ley WIOA, para efectos de Recertificación de Elegibilidad
3. Datos de retención en los Cursos o Adiestramientos
4. Facilidades y localización
5. Solvencia económica
6. Documentos Requeridos (**DEBEN ESTAR TODOS VIGENTES**)
7. Datos de niveles de ejecución (**DEBEN COMPLETAR DOCUMENTO INCLUIDO y ENVIAR EVIDENCIA**).

CERTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN POR PROGRAMAS

Los Programas registrados como **Elegibilidad Inicial** debe incluir una proyección inicial de colocación de los participantes. Favor de utilizar el siguiente formato:

Nombre del Proveedor: _____

Adiestramiento/Programa: _____

Código CIP: _____

Código O'NET: _____

Número Total de Participantes Projectados en Colocación: _____

CANTIDAD DE PARTICIPANTES COLOCADOS POR CADA INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE SERÁ UBICADO PARA EMPLEO

Firma del Representante
Autorizada por la Institución

CERTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN POR PROGRAMAS

En los Programas registrados como **Elegibilidad Continua** debe incluir la Certificación por Programa de la colocación de esto. Favor de utilizar el siguiente formato:

Nombre de la Institución: _____

Código CIP: _____

Código O'NET: _____

NOMBRE DE ADIESTRAMIENTO/PROGRAMA	NÚMERO DE PARTICIPANTES	NÚMERO DE PARTICIPANTES COLOCADOS	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE COLOCACIÓN	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	SALARIO

Firma del Representante
Autorizada por la Institución

Nota: Preparar por Adiestramiento
Incluir Certificación del Empleado
Negocio Propio/Trabajo por su Cuenta – Certificación de Comerciante

REGISTRO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ADIESTRAMIENTO INFORMACIÓN DE PROGRAMAS OFRECIDOS*

Nombre de la Institución: _____

Clientela Atendida: _____ Adultos _____ Desplazados

Programa u Ocupación: _____

Duración: _____ Fecha Comienzo: ____/____/____ Fecha Terminación: ____/____/____

Costo por Participante: \$ _____ Costo por Crédito: \$ _____

INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN	
TODOS LOS PARTICIPANTES “PELL GRANT” Y/O FONDOS DE LA LEY WIOA	
Participantes Matriculados	
Tasa de Terminación	
Tasa de Colocación	
Tasa de Retención Adiestramiento	
Salario Semanal/Mensual Colocación	

Todo participante que logre una colocación y haya completado el cincuenta por ciento (50%) o más del Adiestramiento. Se considerará dentro del porcentaje de empleabilidad, aunque, sea necesario aplicarle un ajuste por las horas y/o créditos.

INDICADOR	EJECUCIÓN
Retención en Adiestramiento	75%
Empleabilidad	70%
Mediana de Ganancia	\$2,890
Empleabilidad Segundo Trimestre (2Q)	72%
Empleabilidad Cuarto Trimestre (4Q)	50%
Logro de Grado Académico	69%
Logro de Certificado o Licencia	60%

Esta información aplica a todos los Programas con Fondos WIOA o combinación de WIOA con “Pell Grant”.

REGISTRO DE PROVEEDORES DE SERVICIO RESUMEN DEL PRESUPUESTO

Nombre de Institución: _____

Adiestramiento: _____

Código CIP: _____

Código ONET: _____

	COSTO POR PARTICIPANTES	NÚMERO PARTICIPANTES	COSTO TOTAL
Matrícula (Cuota de Admisión, Instructores, espacio y utilidades)			
Costos de libros			
Costos de materiales			
Costos de herramientas para uso directo del participante			
Costos de uniformes			
Costos de otras cuotas (identifique) diploma, documentos para examen, licencias, etc.			
Cuota de Graduación			
SUB TOTAL			
Servicios Profesionales y Contratos (sueldos)			
Otros (especifique): _____			
GRAN TOTAL			

CERTIFICACIÓN DE COSTOS DE ADIESTRAMIENTOS Y ACUERDO DE NEGOCIACIÓN

Certifico que, de acuerdo con mi mejor conocimiento y creencia, los costos de Adiestramiento presentados a la Junta Local de Conexión Laboral Bayamón – Comerío, son correctos, completos y actualizados a la fecha de la firma.

Aceptamos que, en el Proceso de Evaluación de cualquier Propuesta, de la Junta Local de Conexión Laboral Bayamón – Comerío y su Junta Local de Desarrollo Laboral, podrán negociar los costos a un precio razonable en el mercado. Asimismo, otras áreas o aspectos.

Todo Acuerdo o Negociación de Propuestas deberá recogerse en una Minuta de Negociación, la cual formará parte de este documento.

Nombre de Persona Autorizada

Firma de la Persona Autorizada

Nombre de la Institución

Fecha

Firma del Director Ejecutivo
JLCL Bayamón – Comerío
o su Representante Autorizado

CERTIFICACIÓN DE EXCLUSIÓN O SUSPENSIÓN

Por este medio certifico que, a mi mejor entender y conocimiento nuestra Empresa o Institución o sus Directores:

1. Al presente, no están excluidos o suspendidos, pendientes de suspensión, declarados inelegibles o excluidos voluntariamente de hacer transacciones para cualquier Agencia o Departamento Federal.
2. Durante los tres (3) años previos a la presentación de esta Propuesta, no han sido convictos o declarados culpables por la comisión de actos de fraude o delito criminal relacionado con la obtención o intento de obtener un contrato mediante fondos federales, Estatales o Municipales donde la transacción está en violación de leyes antimonopolísticas, de desfalco, robo, falsificación, soborno, adulteración o destrucción de récords, hacer declaraciones falsas o recibir propiedad hurtada.
3. Durante tres (3) años previos a esta solicitud no se le han cancelado Propuestas y/o Contratos por causa o incumplimiento.

Nombre de la Persona Autorizada para
Solicitar Negociar y Firmar Contratos
(Favor de utilizar letra de molde)

Fecha

Nombre de la Institución o Empresa

Fecha

CERTIFICACIÓN RELACIONADO CON EL CABILDEO (“LOBBYING”) CERTIFICACIÓN PARA CONTRATOS, DONATIVOS, PRÉSTAMOS Y ACUERDOS COOPERATIVOS

Concesionario o Proveedor: _____

Proyecto o Contratos: _____

El suscribiente certifica, que dentro de lo mejor de su conocimiento da fé de que:

No se han pagado fondos federales asignados o se le pagarán, por o a favor de los suscribientes, a ninguna persona para influenciar o tratar de influenciar a un oficial o empleado del congreso o un empleado de un miembro del congreso en conexión con la concesión de cualquier contrato federal, donativo, préstamo o acuerdo cooperativo.

Si otros fondos distintos de los fondos federales asignados se han pagado o se pagaran para alguna persona por influenciar o intentar tratar de influenciar a un oficial o empleado del congreso o un empleado de un miembro del congreso en conexión con la concesión de cualquier contrato federal, donativo, préstamo o acuerdo cooperativo con los suscribientes deberán completar y someter la forma estándar LLL, “**Formulario de Declaración para Informar sobre Cabildeo**”, de acuerdo con sus instrucciones.

Los suscribientes deberán **requerir** que el lenguaje de esta certificación se incluya en los documentos de otorgación para todas las subotorgaciones en todos los niveles (incluyendo subcontratos, sus donativos, contratos bajo donativos, préstamos y acuerdos cooperativos) y que todos los subconcesionarios certificarán y declararán de conformidad.

Esta Certificación es una representación material de hecho sobre la cual se depositó la confianza cuando se realizó esta transacción o se contrajo la misma. Someter la misma es un prerrequisito para realizar o efectuar esta transacción impuesta por la Sección de 1352, Título 31, Código de los EEUU. Cualquier persona que falle en someter la Certificación requerida estará sujeta a una penalidad civil de no menor de \$10,000.00 y no más de \$100,000.00 por cada fallo.

Nombre del Concesionario o su
Representante Autorizado

Título o Cargo

Firma

Fecha

CERTIFICACIÓN AMBIENTE LIBRE DE DROGAS

INSTITUCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

FONDOS LEY WIOA

El Gobierno de los Estados Unidos aprobó la Ley de Lugar de Trabajo Libre de Drogas, mejor conocida como "DRUG FREE WORKPLACE ACT OF 1988".

Para que una Entidad pueda recibir Fondos Federales tiene que certificar a la Agencia Federal correspondiente que mantiene un lugar libre de drogas en sus sitios de trabajo, asimismo debe notificar a todos los empleados y participantes acerca de la aplicación de esta nueva Ley. En cumplimiento con dicha Ley, por la presente se certifica que de acuerdo con las leyes del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y Gobierno de los Estados Unidos de América:

1. Son sustancias controladas las siguientes drogas: marihuana, cocaína, heroína, LSD, "crack" y otras.
2. Está prohibida la fabricación, confección, tráfico, posesión, preparación, despacho, venta y/o uso ilegal de sustancias controladas dentro del marco de la Ley Estatal y Federal.
3. Cualquier violación a la Ley de sustancias controladas constituye un delito grave y penalizado por Ley.

La Institución certifica que cumplirá con los términos de la Ley "DRUG FREE WORKPLACE ACT OF 1988".

Nombre del Representante Institución

Firma Representante Institución

CERTIFICACION LEY ADA (“American with Disabilities Act”)

Certifico que _____, Institución que represento, cumple con las disposiciones de la Ley para Americanos con Impedimentos de 1990 (“American with Disabilities Act”), manteniendo la Institución un Centro con accesibilidad para los participantes.

Director de la Institución

Fecha