



ÁREA LOCAL SUR CENTRAL

Autorizado por la
OCE-SA-2023-01089

FORMULARIO DE PROPUESTA DE ADIESTRAMIENTO EN DESTREZAS OCUPACIONAL PROGRAMA DE JÓVENES 2024- 2026

I. INTRODUCCIÓN

1. Nombre de la Propuesta: _____
2. Nombre Oficial de la Institución: _____
3. Dirección Física: _____
4. Dirección Postal: _____
5. Teléfono de la Institución: () _____ – _____
6. Fax: () _____ – _____ E-mail: _____
7. Director de la Institución: _____
8. Persona contacto de la institución con Conexión Laboral Área Local Sur Central , y posición que ocupa:

9. Número de Póliza de Seguro Social Patronal: _____
10. Número de Póliza Fondo Seguro del Estado: _____
11. Número de Póliza Seguro por Desempleo: _____
12. Persona autorizada a firmar contrato y posición que ocupa:

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DE JOVENES

1. Elemento a ofrecer en horas: _____
2. Número de clientes: _____
3. Costo por cliente: _____
 - a. Duración del adiestramiento: _____
 - b. Fecha en que se somete la propuesta: _____
 - c. Firma autorizada: _____

Indicar actividades complementarias a realizar en el desarrollo del Elemento. Especificar los mismos con recursos a utilizar y lugares relacionados con el currículo.

Certifico que en esta propuesta, el proveedor ha colocado sus iniciales en todas sus partes, incluyendo los documentos complementarios a la misma y revisada por:

Firma Junta Local

Nombre en letra de molde

Fecha

APENDICE I

Nombre del Elemento: _____

Cantidad horas: _____

Descripción del currículo: _____

Unidad	Descripción	Horas

Total de Horas _____

¿Ocupación requiere licencia? () Sí () No

Nota: Esta hoja se debe completar para cada elemento.

APENDICE II

DESGLOSE DE COSTOS POR ELEMENTO

El costo total del adiestramiento por participante es de \$_____, el cual se desglosa de la siguiente forma;

Costos de estudios	_____
Admisión	_____
Cuotas	_____
Equipos	_____
Materiales	_____
Uniformes	_____
Herramientas	_____
Libros	_____
Licencia	_____
Vacuna	_____
Otros	_____
Cantidad de participantes	_____
Sub Total	_____
Total	_____

Nota: Esta hoja se debe completar para cada Elemento

APENDICE III

Requisitos de los clientes:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface. There is no handwriting or other markings on the paper.

Esta hoja se debe completar para cada elemento.

II. RESUMEN DEL COSTO DEL ELEMENTO

A. Costos de estudios (Total)

	Número de clientes Costo por número de clientes	Aportación de Conexión Laboral Sur Central	Aportación del Proponente	Costo Total
A. Matrícula				
B. Costos de libros				
C. Costos de Materiales				
D. Costos de Herramientas				
Total				

B. Servicios profesionales y contratos

	Número de clientes/ Costo por número de clientes	Aportación de Conexión Laboral SurCentral	Aportación del proponente	Costo Total
1. Servicios profesionales y contratos				
a. Sueldos (Costo Total)				
b. Fondo de Seguro de Estado				
c. Seguro Social				
d. Otros (identificar)				

C. Desglose de profesores con resume y evidencia de preparación académica

D. Incluir el tiempo que se va a cubrir en cada materia de acuerdo con el currículo

* Favor emitir lista con especificaciones por unidad, cuando aplique.
** Para ser enmendado este costo una vez aprobado la propuesta, deberá ser justificado y recomendado por la Oficina de Servicio, Oficina Central y Comité Evaluador de Propuestas.

III. INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN

1. Servicios que presta:

2. Indique facilidades físicas utilizadas durante el proyecto:

3. Tiempo que lleva operando en Puerto Rico

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

4. Especificar el procedimiento de compras de herramientas y materiales a utilizarse en el proyecto:

a. En caso de suplidor exclusivo o único deberá presentar evidencia como distribuidor exclusivo.

b. Indique el nombre de la persona encargada o responsable de realizar las compras

5. ¿Está su institución registrada de acuerdo a las leyes del Departamento del Estado?

() Sí () No

Explique:

IV. ACREDITACIÓN, LICENCIA O CERTIFICACIONES DE LA INSTITUCIÓN

Indique si la institución tiene la licencia para operar y acreditación para el adiestramiento presentado en propuestas y la cantidad de horas autorizadas. Incluya copia de estos documentos

Operar () Sí () No
Acreditación () Sí () No

Nota: Licencia de operar o acreditación debe incluir la dirección física de la institución donde se va a ofrecer el adiestramiento, fecha emitida y fecha de expiración. Toda institución que indique el adiestramiento a ofrecer por su naturaleza o duración no requiere de una licencia del Consejo de Educación, deberá presentar la certificación que a tales efectos expide dicho Consejo.

V. RESUMEN NARRATIVO DEL PROYECTO (JUSTIFICACIÓN)

VI. OBJETIVOS

VII. METAS

VIII. REQUISITOS DEL PARTICIPANTE PARA EL PROYECTO

(Favor de especificar requisitos que se deben considerar para los participantes de este proyecto.)

(No son los requisitos de la Ley WIOA.)



ÁREA LOCAL SUR CENTRAL

Autorizado por la
OCE-SA-2023-01089

CERTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

CERTIFICAMOS que para preparar esta propuesta, hemos leído y se ha tenido en consideración las directrices y guías sometidas por Conexión Laboral Área Local Sur Central de Inversión en la Fuerza Laboral. Toda la información que conduce la misma es fiel y exacta.

Firma

Nombre en letra de molde

Posición

Dirección

Fecha

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, seguro social _____, mayor de edad, y vecino (a) de _____, Puerto Rico, bajo esta certificación declaro que:

- (1) Mi nombre y demás circunstancias personales son las antes expuestas.
- (2) El puesto que ocupo es de _____ en _____.
- (3) La entidad se conoce como _____, autorizada a operar de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- (4) Conforme con las disposiciones legales pertinentes, estoy autorizado a representar a la entidad antes mencionada.
- (5) La autorización es para coordinar con Conexión Laboral Área Local Surcentral, un acuerdo o contrato bajo las disposiciones de la Ley de Innovación y Oportunidad para la fa Fuerza Trabajadora.
- (6) Como _____ de esta entidad, CERTIFICO que:

El nombre completo de la entidad es: _____

El número del Seguro Social Patronal es: _____

El número de la Póliza de Seguro por Desempleo es: _____

El número de Póliza del Fondo de Seguro del Estado es: _____

El número de Patente Municipal es: _____

Los pagos a las pólizas antes mencionadas no reflejan atrasos al día de hoy.

De existir algún balance pendiente en las pólizas antes mencionadas o en las contribuciones sobre Ingresos se suscribe el plan de pagos correspondientes.

Presento evidencia del Permiso de Uso de ARPE / Permiso Único.

Presento evidencia del Seguro de Responsabilidad Pública y el mismo vence el _____.

Lo antes declarado es la verdad y nada más que la verdad, la cual consta de propio y personal conocimiento.

En _____, Puerto Rico a _____ de _____ de _____.

HOJA DE ORIENTACIÓN PROCEDIMIENTO QUEJAS Y QUERELLAS

Conexión Laboral Área Local Sur Central como entidad administrativa para el Área de Prestación de Servicios en los Municipios de: Coamo, Juana Díaz, Villalba, Salinas y Santa Isabel, ha adoptado un procedimiento para investigar, ventilar y revisar querellas de las actividades del programa subvencionados con los fondos de WIOA.

Toda persona en calidad de solicitante o participante activo del Programa de Jóvenes, que entienda que la entidad colaboradora o la entidad administrativa que estuviese administrando un adiestramiento no está cumpliendo con cualquier propósito o disposición de WIOA., o su reglamento podrá:

- Radicar una querella ante el Oficial de Querellas de Conexión Laboral Área Local Sur Central.
- La querella deberá ser radicada dentro del término de un año a partir de la fecha de ocurrencia.
- Para que la querella sea de carácter oficial, la misma deberá ser radicada por escrito.

- En caso de que por disposiciones de WIOA, Conexión Laboral Área Local Sur Central carezca de jurisdicción para investigar una querella, procederá a orientar la parte querellante sobre la forma de presentar la misma al foro correspondiente.



ÁREA LOCAL SUR CENTRAL

Autorizado por la
OCE-SA-2023-01089

CERTIFICACIÓN

LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO

CERTIFICO que _____ es una empresa/patrono que cumple con las leyes y reglamentos federales y estatales relativos a la Ley de Igualdad de Oportunidades en el Empleo y no discrimina por razón de sexo, edad, impedimentos físicos o mentales, raza, color, origen nacional, condición social, económica, afiliación política y religiosa.

Nuestra empresa/patrono utilizará el procedimiento de querellas establecido por Conexión Laboral Área Local Sur Central bajo Workforce Innovation and Opportunity Act. (WIOA).

Nombre del Patrono o
Representante autorizado

Firma

Fecha

INSTRUCTIONS FORM CERTIFICATION - PRIMARY
COVERED TRANSACTIONS

1. By signing and submitting this proposal, the prospective primary participant is providing the certification set out below.
2. The inability of a person to provide the certification required below will not necessarily result in denial or participation in this covered transaction. The prospective participant shall submit an explanation of why it cannot provide the certification set out below. The shall submit an explanation of why it cannot provide the certification or explanation will be considered in connection with the Department of Labor (DOL) determination whether to enter into this transaction. However, failure of the prospective primary participation in this transaction.
3. The certification in this clause is material representations of fact upon which reliance was placed when the DOL, determined to enter into this transaction. If it is later determined that the prospective primary participant knowingly rendered an erroneous certification, in addition to the other remedies available to the Federal Government, the DOL, may terminate this transaction for cause of default.
4. The prospective primary participant shall provide immediate written notice to the DOL if any time the primary participant learns its certification was erroneous when submitted or has become erroneous by reason of changed circumstances.
5. The terms "covered transaction", "debarred", "suspended", "ineligible", "lower tier covered transaction", "participant", "person", "primary covered transaction", "principal", "proposal", and "voluntarily excluded", as used in the clause, have the meanings set out in the Definitions and Coverage section of rules implementing Executive Order 12549. You may contact the DOL for assistance in obtaining a copy of those regulations.
6. The prospective primary participant agrees by submitting this proposal that should that proposed covered transaction be entered into, it shall not knowingly enter into any lower tier covered transaction with a person who is debarred, suspended, declared, ineligible, or voluntarily excluded from participation in this covered transaction, unless authorized by the DOL.

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS RELACIONADA CON ORDEN ADMINISTRATIVA DE AREA LIBRE DE DROGAS Y ALCOHOL

Yo, _____ en representación de
_____, certifico lo siguiente:

(9) Que la institución que represento provee servicios directos a clientes del Centro de Gestión Única / AJC de Conexión Laboral Área Local Sur Central cuyos programas son subvencionados con fondos de la Ley de Innovación y Oportunidad para la Fuerza Trabajadora (WIOA). Los servicios que proveo son los siguientes:

(10) Que recibí copia y se me orientó sobre la Orden Administrativa de Área Libre de Drogas y Alcohol del Centro de Gestión Única. A tenor con lo dispuesto en la misma, me comprometo a dar fiel cumplimiento a las disposiciones de la Ley Pública 100-690 operar la institución que represento como Centro de Trabajo Libre de Drogas.

(11) Que le informaré a la Administración del Centro de Gestión Única / AJC de cualquier convicción por violación a las leyes sobre sustancias controladas de mi parte o de cualquier cliente dentro de los diez (10) días siguientes de tener conocimiento de esta.

(12) Que me comprometo a referir a todo cliente que resulte convicto o que me solicite ayuda por razón del uso y abuso de sustancias controladas a la Administración del Centro de Gestión Única / AJC, para que se le ofrezca ayuda inmediata y la oportunidad de rehabilitación.

(13) Que respetaré la privacidad de todo cliente que solicite ayuda y se mantendrá en estricta confidencialidad las solicitudes de ayuda.

(14) Que se me informó que entre las sanciones a considerar está la suspensión temporera o cancelación permanente de cualquier proyecto activo, cuando la convicción recaiga en la parte contratante con el Centro de Gestión Única / American Job Center.

En _____, Puerto Rico, el _____ de _____ de _____

Nombre

Firma

Firma del Proveedor de Servicios o su representante

CERTIFICACIÓN DE HACIENDA

Para cumplir con lo dispuesto en la Orden Ejecutiva número O-E-191-24, se requiere que los proveedores brinden la siguiente información y se hace constar como parte del contrato.

La Institución o Patrono, declara a través de una certificación emitida por el Departamento de Hacienda que al momento de suscribir este contrato.

- () Ha rendido su planilla contributiva durante los cinco (5) años previos a éste contrato y no adeudan contribuciones al Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- () Ha estado acogido a un plan de pago con cuyos términos y condiciones está cumpliendo.
- () Ha estado exento, o sea no venía obligado a rendir planilla durante todo o parte del período de (5) años por algunas de las razones provistas en la ley de contribuciones sobre ingreso y que a estos efectos ha presentado declaración jurada, la cual estará sujeta al delito de perjurio según tipificado en el Código Penal de 1974.

Director o Representante Autorizado

Nombre de la Agencia

Número de Seguro Social Patronal

CERTIFICATION

Grantees/Contractor Organizations:

The undersigned certifies, to the best of his or her knowledge and belief, that:

I. CERTIFICATION REGARDING LOBBYING

A. Certification for Contracts, Grants, Loans, and Cooperative Agreements

- (1) No Federal appropriated funds have been paid or will paid, by or on behalf of the undersigned, to any person for influencing or attempting to influence an officer or employee of any agency, a Member of Congress, an officer or employee of Congress, or an employee of a Member of Congress in connection with the awarding of any Federal contract, the making of any Federal grant, the making of any Federal loan, the entering into of any cooperative agreement, or modification of any Federal contract, grant, loan or cooperative agreement.
- (2) If any funds other than Federal appropriated funds have been paid or will be paid to any person for influencing or attempting to influence an officer or employee of any agency, a Member of Congress, an officer or employee of Congress, or an employee of a Member of Congress in connection with this Federal contract, grant, loan or cooperative agreement, the undersigned shall complete and submit Standard Form-LLL, A Disclosure Form to Report Lobbying@, in accordance with its instructions.
- * (3) The undersigned shall require that the language of this Certification be include in the award documents for all tiers (including subcontracts, sub grants, and contracts under grants, loans, and cooperative agreements) and that all sub recipients shall certify and disclose accordingly.

This certification is a material representation of fact upon which reliance is placed when this transaction was made or entered into. Submission of this certification is a pre-requisite for making or entering into this transaction imposed by section 1352, title 31, U.S. Code. Any person who fails to file the required certification shall be subject to a civil penalty of not less than \$10,000 and not more than \$100,000 for each such failure.

*** Note:** All, @ in the Final Rule, is expected to be clarified to show that it applies to covered contract/grant transactions over \$100,000 (per OMB).

II INSTRUCTION FOR CERTIFICATION - LOWER TIER TRANSACTIONS

1. By signing and submitting this proposal, the prospective recipient of Federal assistance funds is providing the certification as set out below.
2. The certification in this clause is a material representation of fact upon which reliance was placed when this transaction was entered into. If it is later determined that the prospective recipient of Federal assistance funds knowingly rendered an erroneous certification, in addition to other remedies available to the Federal Government, the Department of Labor (DOL) may pursue available remedies, including suspension and or debarment.
3. The prospective recipient of Federal assistance funds shall provide immediate written notice to the person to whom this proposal is submitted if at any time the prospective recipient of Federal assistance funds learns that its certification was erroneous when submitted or has become erroneous by reason of change circumstances.
4. The terms "covered transaction", "debarred", "suspended", "ineligible", "lower tier covered transaction", "participant", "person", "primary covered transaction", "principal", "proposal", and "voluntarily excluded", as used in this clause, have the meanings set out in the Definition and Coverage sections of rules implementing Executive Order 12549. You may contact the person to which this proposal is submitted for assistance in obtaining a copy of those regulations.
5. The prospective recipient of Federal assistance funds agrees by submitting this proposal that, should the proposed covered transaction be entered into, it shall not knowingly enter into any lower tier covered transaction with a person who is debarred, suspended, declared ineligible, or voluntarily excluded from participation in this covered transaction, unless authorized by the DOL.
6. The prospective recipient of Federal assistance funds further agrees by submitting this proposal that it will include the clause titled Certification Regarding Debarment, Suspension, Ineligibility and Voluntary Exclusion - Lower Tier Covered Transactions, "Without modification", in all lower tier covered transactions and in all solicitations for lower tier covered transactions.

**III. CERTIFICATION REGARDING DEBARMENT SUSPENSION INELIGIBILITY
AND VOLUNTARY EXCLUSION - LOWER TIER COVERED TRANSACTIONS**

This certification is required by the regulation implementing Executive Order 12549, Debarment and Suspension, 29 CFR Part 98, Section 98.510, Participants' responsibilities. The regulations were published as Part VII of the May 26, 1988 Federal Register (Pages 19160-19211).

1. The prospective recipient of Federal assistance funds certifies, by submission of this proposal, that neither it nor its principal are presently debarred, suspended, proposed for debarment, declared ineligible, or voluntarily excluded from participation in this transaction by any Federal department or agency.
2. Where the prospective recipient of Federal assistance funds is unable to certify to any of the statements in this certification, such prospective participant shall attach an explanation to this proposal.

Name and Title of Authorized Representative

Signature

Date

CERTIFICACIÓN DE EXCLUSIÓN O SUSPENSIÓN

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 para hacer transacciones para cualquier Agencia o Departamento Federal.
2. Durante los tres (3) años previos a la presentación de este documento, 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 los tres (3) años previos a esta solicitud no se le han cancelado propuestas y/o contratos por causa de 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



ÁREA LOCAL SUR CENTRAL

Autorizado por la
OCE-SA-2023-01089

**ACEPTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
CON REQUISITOS DE LA SECCION 122,
“WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT” DE 2014**

Yo, _____ en representación de _____
_____, he sido orientado y acepto cumplir con las
siguientes condiciones, ya que de no cumplir podría ser penalizado a tono con la Sección 122 (F)
de la Ley Pública #113-128 de julio de 2014, “Workforce Innovation and Opportunity Act”, en
adelante WIOA.

- (1) **Veracidad de información sometida** si se determinara que la entidad ha sometido, como organización (Proveedor Elegible), información incorrecta o falsa sobre lo requerido por la Sección 122 de WIOA, la organización podría no certificarlo como proveedor elegible por un periodo no menor de dos (2) años.
- (2) **No cumplimiento:** Si la agencia designada por el Estado o la Junta Local del Área Local determinan que siendo Proveedor de Servicios Elegible bajo la Sección 122 de la Ley, se ha violado sustancialmente cualquier requisito de la WIOA para el programa o programas contratados, se podría terminar la elegibilidad para recibir fondos o se adoptarán otras sanciones.
- (3) **Repago:** De incurrir la organización en alguna de las violaciones anteriores y haber sido terminada su elegibilidad, estará sujeta la organización al repago de todos los fondos recibidos durante el periodo de no cumplimiento antes mencionado.

Firma Representante Autorizado

Fecha



ÁREA LOCAL SUR CENTRAL

Autorizado por la
OCE-SA-2023-01089

CERTIFICACIÓN DE COSTOS DE ADIESTRAMIENTOS Y ACUERDOS DE NEGOCIACIÓN

Certifico que, de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia, los costos de adiestramiento presentados a Conexión Laboral Área Local Sur Central son correctos, completos y actualizados a la fecha de la firma.

Aceptamos que, en el Proceso de Evaluación de cualquier propuesta, Conexión Laboral Área Local Sur Central y su Junta Local, podrá 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 la Persona Autorizada

Firma de la Persona Autorizada

Nombre de la Institución

Fecha



ÁREA LOCAL SUR CENTRAL

Autorizado por la
OCE-SA-2023-01089

HOJA DE ORIENTACIÓN

Conexión Laboral Área Local Sur Central como entidad administrativa para el Área de Prestación de Servicios en los Municipios de Coamo, Juana Díaz, Villalba, Salinas y Santa Isabel, ha adoptado un procedimiento para investigar, ventilar y revisar querellas de las Actividades del Programa Subvencionados con los fondos de WIOA.

Toda persona en calidad de solicitante o participante activo del Programa de Jóvenes, que entienda que la entidad colaboradora o la entidad administrativa que estuviese administrando un adiestramiento no ésta cumpliendo con cualquier propósito o disposición de WIOA., o su reglamento podrá:

- Radicar una querella ante el Oficial de querellas de Conexión Laboral Área Local Sur Central.
- La querella deberá ser radicada dentro del término de un año a partir de la fecha de ocurrencia.
- Para que la querella sea de carácter oficial la misma deberá ser radicada por escrito.

En caso de que por disposiciones de la Ley, Conexión Laboral Área Local Sur Central carezca de jurisdicción para investigar una querella, procederá a orientar la parte querellante sobre la forma de presentar la misma al foro correspondiente.

Firma del Solicitante

Firma del Entrevistador

Firma del Representante de la
Empresa o Institución

Fecha