

## RESOLUCIÓN

### Adopción de Política Institucional

La Alianza Municipal de Servicios Integrados, Inc. (AMSI), con el propósito de garantizar una administración eficiente y la obtención de resultados efectivos en la implantación del sistema de control interno, así como promover la transparencia en la toma de decisiones a todos los niveles, adopta la política pública **WIOA-PP-01-2025 Autodeclaración (Self-attestation)**, aprobada el 26 de febrero de 2025, por la Junta Estatal de Desarrollo Laboral.

La AMSI, para facilitar el acceso a servicios cuando la obtención de documentación de respaldo es difícil de conseguir y; documentar la elegibilidad de los participantes en los programas bajo la Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés) mediante una declaración escrita o electrónica firmada por el individuo, creó los siguientes formularios: 9-9.107 Certificación para Todos los Conceptos y el 9-9.108 Formulario de Autoidentificación-Desplazados (anejados a la política).

La AMSI reconoce la importancia de armonizar sus políticas, procedimientos y prácticas operacionales con las disposiciones establecidas en la policía arriba mencionada, garantizando así el cumplimiento con los requerimientos estatales y federales aplicables.

Esta resolución entra en vigor a partir de su aprobación y será integrada a los procedimientos operacionales de la AMSI conforme a los principios de cumplimiento, eficiencia y servicio que guían nuestra gestión.

Se certifica esta adopción para fines administrativos, de implementación y archivo.

En Caguas, Puerto Rico hoy, 5 de marzo de 2026.



Jorge L. Cosme Oyola  
Secretario  
AMSI, Inc.



Alberto R. Costa Berríos  
Presidente  
AMSI, Inc.

---

---

**Certificación para Todos los Conceptos**

Yo, \_\_\_\_\_ con número de identificación único \_\_\_\_\_  
certifico, bajo pena de perjurio, que la siguiente información es verdadera:

---

---

---

Certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y precisa, y entiendo que la información anterior, si está tergiversada o incompleta, puede ser motivo de terminación inmediata y/o penalidades según lo especificado por la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

**Personal Autorizado Solamente**

La declaración de auto identificación expresada por el participante en la sección anterior se está utilizando para la documentación de los siguientes criterios de elegibilidad:

---

---

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que soy testigo de que la información brindada por el participante se realizó frente a mi persona el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado

**Nombre y Apellidos:**

---

**Información del Trabajador Desplazado**

*Auto-Identificación*

<b>1. Fecha exacta de cesantía:</b>	
<b>2. Nombre del Patrono:</b>	
<b>3. Dirección del Patrono:</b>	
<b>4. Teléfono del Patrono:</b>	
<b>5. Nombre del cesanteado(a):</b>	
<b>6. Dirección del cliente:</b>	
<b>7. Teléfono del cliente</b>	
<b>8. Razón del despido:</b> (Debe tener en cuenta los criterios de elegibilidad para el programa de trabajadores desplazados)	

Bajo pena de perjuicio, CERTIFICO que, todo lo antes expuesto es correcto y puede ser corroborado por el personal encargado. Y entiendo que la información si la misma está tergiversada o incompleta, puede ser motivo de terminación inmediata y/o penalidades, según lo especificado por la ley o establecido en las políticas públicas.

\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente**

\_\_\_\_\_

**Fecha**