



Yo, ELIZABETH STUART VILLANUEVA, Secretaria de la Cámara de Representantes del Gobierno de Puerto Rico,

CERTIFICO:

Que el P. de la C. 2083, titulado

"Ley

Para añadir un nuevo Capítulo 53 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", con el propósito de establecer el marco regulatorio para la administración y evaluación de riesgos propios y solvencia de aseguradores, organizaciones de servicios de salud y grupos de aseguradores, conocido en inglés como Own Risk and Solvency Assessment (ORSA)."

ha sido aprobado por la Cámara de Representantes y el Senado del Gobierno de Puerto Rico en la forma que expresa el documento que se acompaña.

PARA QUE ASI CONSTE, y para notificar a la Gobernadora del Gobierno de Puerto Rico, expido la presente en mi oficina en el Capitolio, San Juan, Puerto Rico a los veinticinco (25) días del mes de febrero del año dos mil veinte y estampo en ella el sello de la Cámara de Representantes de Puerto Rico.

Elizabeth Stuart Villanueva
Secretaria

(P. de la C. 2083)

LEY

Para añadir un nuevo Capítulo 53 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, con el propósito de establecer el marco regulatorio para la administración y evaluación de riesgos propios y solvencia de aseguradores, organizaciones de servicios de salud y grupos de aseguradores, conocido en inglés como *Own Risk and Solvency Assessment* (ORSA).

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Los estragos experimentados por el impacto de los huracanes Irma y María en Puerto Rico durante el mes de septiembre de 2017, en conjunto con los huracanes Harvey e Irma que principalmente azotaron los estados de Texas y Florida, respectivamente, y los incendios forestales en California, han ocasionado pérdidas sin precedentes a los ciudadanos y los diversos sectores de la economía. La industria de seguros ha sido especialmente afectada debido a las multimillonarias reclamaciones que son la consecuencia normal de estos desastres. La posición geográfica de Puerto Rico en el Caribe y los cambios climáticos provocados por el calentamiento global, entre otros factores, mantiene latente el riesgo de experimentar eventos catastróficos de similar magnitud en el futuro. Por ello, tenemos que garantizar que las compañías de seguros que hacen negocio en nuestra isla posean garantías adecuadas de solvencia financiera y manejo de riesgos.

En ese sentido, el negocio de seguros, por su alto interés público, requiere de una estrecha regulación, siendo la solvencia financiera de las compañías de seguros uno de los aspectos fundamentales a regular. Contar con una industria de seguros financieramente sólida y solvente, es esencial para que la actividad de negocios de seguros se desarrolle en ambiente de confianza, donde el asegurado se sienta confiado y tranquilo en su relación con las compañías de seguros. Por lo tanto, resulta imprescindible contar con un marco de regulación que resguarde la confianza depositada por los asegurados en las compañías de seguros para que se honren las obligaciones y responsabilidades asumidas en las pólizas de seguros.

Los esquemas de regulación de la industria de seguros de países internacionales y en los Estados Unidos, en los últimos años, han marcado una tendencia clara hacia la regulación de solvencia financiera basada en la evaluación de los riesgos inherentes a las actividades de negocios de las compañías de seguros. El modelo de regulación de solvencia financiera basado en los riesgos permite a la autoridad reguladora de las compañías de seguros, conocer el perfil de las actividades y los riesgos inherentes de los negocios de seguros del asegurador u organización de servicios de salud. Esto permite

que la autoridad reguladora pueda actuar en forma preventiva, anticipando actividades de negocios que puedan debilitar la solvencia y operación del asegurador u organización de servicios de salud. Con el propósito de establecer en la industria de seguros de los Estados Unidos un esquema uniforme de regulación de solvencia financiera basados en los riesgos propios al porfolio de negocios de la compañía de seguros, la *National Association of Insurance Commissioners*, (NAIC, por sus siglas en inglés) promulgó la ley modelo, conocida como el *Risk Management and Own Risk and Solvency Assessment Model Act*, (ORSA). Esta Ley modelo establece los parámetros uniformes de regulación para promover un nivel efectivo de administración y evaluación de riesgos propios y solvencia de aseguradores, organizaciones de servicios de salud y grupos de aseguradores. Un total de 49 estados de los Estados Unidos, al presente, han adoptado el esquema de regulación de la ley modelo ORSA. El esquema de regulación de la ley modelo ORSA forma parte de los criterios mandatorios para los reguladores de la industria de seguros, incluyendo a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, por lo que resulta necesaria su adopción en nuestra jurisdicción para mantener la acreditación conferida por la NAIC.

La regulación de ORSA aquí establecida suplementa la regulación de auditorías de estados financieros y *risk-base capital* de aseguradores y organizaciones de servicios de salud, tomando en consideración la exposición de los riesgos inherentes al porfolio de negocios de seguros. Esta Ley requerirá a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud practicar una evaluación de los riesgos inherentes a su porfolio de negocios, incluyendo los riesgos empresariales, que podrían conllevar un impacto adverso en la solvencia financiera para cumplir sus obligaciones con los asegurados. Con esta legislación los aseguradores, organizaciones de servicios de salud o grupos de aseguradores, estarán obligados a presentar anualmente al Comisionado de Seguros un informe que describa el perfil de suscripción de riesgos para cada línea de negocio, la exposición de riesgos inherentes a su porfolio de negocios y la suficiencia de capital para responder a dichos riesgos. El objetivo de los requerimientos de la regulación de ORSA, es anticipar las actividades de alto riesgo en las operaciones de negocios del asegurador, organización de servicios de salud o grupos de aseguradores, para evitar que susciten futuros problemas de insuficiencia de capital o insolvencia.

La frágil situación financiera experimentada en el sector de seguros de propiedad producto de las cuantiosas pérdidas producidas por el azote de los huracanes Irma y María en Puerto Rico, puso de manifiesto la necesidad de reforzar y monitorear continuamente la solvencia financiera de las operaciones de negocios de seguros, particularmente en riesgos catastróficos, para prevenir situaciones que afecten la suficiencia de capital para cumplir las obligaciones contraídas con los asegurados. Es preciso garantizar un mercado de seguros financieramente saludable a los puertorriqueños. La supervisión de la condición financiera de los aseguradores es de particular importancia para garantizar que los tenedores de pólizas y reclamantes reciban en su día los beneficios pactados en las pólizas de seguros.

La experiencia de los dos huracanes que azotaron a Puerto Rico dejó lecciones para todos los sectores de la sociedad puertorriqueña y la industria de los seguros no fue la excepción. Con la aprobación de esta Ley buscamos fortalecer el andamiaje y solidez de la industria de seguros en Puerto Rico para poder contar con una industria mejor capacitada para afrontar futuros eventos catastróficos.

Por lo cual, entendemos que resulta cardinal contar con herramientas de fiscalización adicionales de solvencia financiera en la industria de seguros de conformidad con la regulación de evaluación de riesgos propios y solvencia, (ORSA) que establece la presente ley. De esta manera, procuramos proteger el interés de todos los asegurados, y la confianza en nuestra industria de seguros para promover el mayor bienestar de todos los puertorriqueños.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se añade un nuevo Capítulo 53 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Capítulo 53.-Administración y Evaluación de los Riesgos Propios y Solvencia.

Artículo 53.010.-Propósito y alcance

El propósito de este Capítulo es establecer el marco regulatorio para promover una efectiva administración y evaluación de riesgos propios y solvencia en las actividades de negocios de los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y grupos de aseguradores, conocido en inglés como *Own Risk and Solvency Assessment* (ORSA). Las disposiciones de este Capítulo son adoptadas siguiendo los parámetros promulgados por la *National Association of Insurance Commissioners* (NAIC) bajo la ley modelo conocida como, *Risk Management and Own Risk Solvency Assessment Model Act*.

Este Capítulo, además, confiere al Comisionado la autoridad para requerir a los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y grupo de aseguradores la presentación de un informe anual sobre la administración y evaluación de los riesgos propios a su porfolio de negocios y la suficiencia de capital para responder a dichos riesgos.

Las disposiciones de este Capítulo serán aplicables a los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y grupo de aseguradores constituidos en Puerto Rico, salvo lo dispuesto en Artículo 53.060 de este Capítulo.

Artículo 53.020.- Definiciones

Para fines de este Capítulo, los siguientes términos tendrán el significado que se dispone a continuación:

- (a) "Administración y Evaluación de Riesgos Propios y Solvencia, ORSA"- significa una evaluación interna confidencial, conforme el tipo, escala y complejidad del perfil de negocios, que es llevada a cabo por un asegurador, organización de servicios de salud o grupo de aseguradores, en torno a los riesgos inherentes a su porfolio de negocios y la suficiencia del capital para responder a dichos riesgos.
- (b) "Asegurador"- según definido por el Artículo 1.030 de este Código. Para efectos de este Capítulo incluye el término "grupo de aseguradores".
- (c) "Grupo de aseguradores"- significa, para propósitos de la administración y evaluación de riesgos propios y solvencia (ORSA), un asegurador u organización de servicios de salud y sus afiliados dentro de una estructura de control de compañías de seguros (insurance holding company system), según se define una estructura de control de compañías de seguros bajo el Capítulo 44 de este Código.
- (d) "Informe sobre ORSA"- significa un informe confidencial en torno a la administración y evaluación de riesgo propio y solvencia de un asegurador, organización de servicios de salud o grupo de aseguradores.
- (e) "Manual de Guía sobre ORSA"- significa la versión más reciente del *Own Risk and Solvency Assessment Guidance Manual* desarrollado por la *National Association of Insurance Commissioners*, (NAIC), según sea enmendada de tiempo en tiempo. Todo cambio que se efectúe en este manual de guía entrará en vigor a partir del 1 de enero del año siguiente.
- (f) "Organización de servicios de salud"- según definido por el Artículo 19.020 de este Código.

Artículo 53.030.-Estructura de Administración de Riesgo

Todo asegurador u organización de servicios de salud habrá de mantener una estructura de administración de riesgo con el fin de asistirle a identificar, evaluar, monitorear, administrar e informar los riesgos inherentes a su portafolio de negocios y la suficiencia del capital para responder a dichos riesgos. Este requisito se podrá satisfacer si el grupo de aseguradores al que pertenece el asegurador u organización de servicios de salud mantiene una estructura de administración de riesgo aplicable a las operaciones de dicho asegurador u organización de servicios de salud.

Artículo 53.040.-Requisito de ORSA

Sujeto a lo dispuesto en el Artículo 53.060, el asegurador, organización de servicios de salud o grupo de aseguradores al que este pertenezca, habrá de realizar periódicamente una evaluación de riesgos propios y solvencia, de manera consistente a los criterios dispuestos en el Manual de Guía sobre ORSA adoptado por la NAIC. Esta evaluación se hará, al menos, una vez al año, y cada vez que ocurra algún cambio significativo en el perfil de riesgos inherentes al portafolio de negocios del asegurador, organización de servicios de salud o grupo de aseguradores.

Artículo 53.050.-Informe sobre ORSA

- A. A solicitud del Comisionado, todo asegurador u organización de servicios de salud presentará, una vez al año ante el Comisionado, un informe sobre ORSA, o una combinación de informes, que contenga la información detallada en el Manual de Guía sobre ORSA, en torno a los riesgos inherentes al portafolio de negocios del asegurador, organización de servicios de salud o grupo de aseguradores al que este pertenezca. No obstante, si el asegurador u organización de servicios de salud pertenece a un grupo de aseguradores, dicho asegurador u organización de servicios de salud solo presentará el informe requerido en este inciso, cuando el Comisionado sea el regulador con autoridad máxima sobre el grupo de aseguradores, según lo determine el proceso establecido en el *Financial Analysis Handbook* de la NAIC.
- B. El informe sobre ORSA llevará la firma de la persona autorizada por el asegurador u organización de servicios de salud, o el oficial principal de administración de riesgo (Risk Manager) del grupo de aseguradores, u otro ejecutivo responsable de la supervisión de la administración de riesgo del grupo, quien certificará mediante declaración jurada que, el asegurador u organización de servicios de salud lleva a cabo el proceso de administración de riesgo de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Guía sobre ORSA, y que una copia del informe sobre ORSA ha sido

presentada a la Junta de Directores del asegurador u organización de servicios de salud o al comité correspondiente del mismo.

- C. El asegurador u organización de servicios de salud podrá cumplir con lo dispuesto en el anterior inciso A, si presenta al Comisionado el informe más reciente presentado por este u otro miembro del grupo de aseguradores al que pertenece, ante el Comisionado de otro estado o al supervisor o regulador de un país extranjero, siempre que dicho informe contenga información sustancialmente similar a la requerida en el Manual de Guía sobre ORSA. Si el informe está redactado en un idioma que no sea el inglés o español, deberá acompañarse con una traducción al inglés o español.

Artículo 53.060.-Exenciones de radicación del informe sobre ORSA

- A. Si un asegurador u organización de servicios de salud tiene primas anuales de menos de \$500 millones de dólares y pertenece a un grupo con prima anual total de menos de \$1,000 millones de dólares, (lo cual incluye primas directas y asumidas internacionales, pero excluye las primas reaseguradas con el Federal Crop Insurance Corporation y el Federal Flood Program); el asegurador u organización de servicios de salud y su grupo de aseguradores estarán exentos del requisito de radicación del informe sobre ORSA, salvo que el Comisionado disponga lo contrario sujeto al inciso (E) de este Artículo.
- B. Si el asegurador u organización de servicios de salud tiene primas anuales de menos de \$500 millones de dólares, pero el grupo de aseguradores al que pertenece tiene un total de prima anual en exceso de \$1,000 millones de dólares, el informe sobre ORSA requerido conforme al Artículo 53.050 incluirá a todos los aseguradores dentro de dicho grupo. Este requisito se podrá satisfacer al presentar más de un informe sobre ORSA para cualquier combinación de aseguradores, siempre y cuando dicha combinación incluya a todos los aseguradores del grupo.
- C. Si el asegurador u organización de servicios de salud tiene primas anuales en exceso de \$500 millones de dólares, pero el grupo de aseguradores al que pertenece tiene un total de prima anual menor de \$1,000 millones de dólares, únicamente dicho asegurador u organización de servicios de salud radicará el informe sobre ORSA conforme al Artículo 53.050, salvo que el Comisionado disponga lo contrario sujeto al inciso E de este Artículo.

- D. Un asegurador u organización de servicios de salud que no cualifique para una exención podrá solicitar que el Comisionado le otorgue una dispensa a base de circunstancias únicas. Para determinar si otorgará la dispensa, el Comisionado podrá tomar en cuenta el tipo y el volumen de la suscripción, la titularidad y la estructura organizativa y cualquier otro factor que el Comisionado estime pertinente al asegurador, organización de servicios de salud o al grupo de aseguradores que pertenece dicho asegurador u organización de servicios de salud. Si el asegurador u organización de servicios de salud pertenece a un grupo de aseguradores domiciliados en más de un estado, el Comisionado deberá coordinar con el comisionado del estado principal y los comisionados de los otros estados donde está domiciliado el asegurador u organización de servicios de salud para determinar si concede la dispensa.
- E. No empee a las exenciones dispuestas en este Artículo, el Comisionado tendrá la facultad de requerir a cualquier asegurador u organización de servicios de salud que, conforme a lo dispuesto en este Capítulo, mantenga una estructura de administración de riesgo, realice la evaluación de riesgo propio y solvencia y presente el informe ORSA, en los siguientes casos:
- (1) Las circunstancias particulares del asegurador u organización de servicios de salud así lo requieren, las cuales incluyen, sin que se limiten, al tipo y volumen de suscripción de negocios de seguros, la titularidad y el tipo de estructura organizativa, o por requerimiento de agencias federales e internacionales.
 - (2) Si el asegurador u organización de servicios de salud presenta una condición financiera adversa conforme a la Regla 94 del Reglamento del Código o el capital computado en función de riesgo, (RBC, por sus siglas en inglés), del asegurador u organización de servicios de salud, tal como se dispone en el Capítulo 45 de este Código, indica que dicho asegurador u organización de servicios de salud requiere alguna de las siguientes medidas: nivel de acción por el asegurador, nivel de acción por el regulador o quede bajo el nivel de control autorizado u obligatorio del regulador al amparo del procedimiento rehabilitación y liquidación del Capítulo 40 de este Código.
- F. Si un asegurador u organización de servicios de salud que cumple con los requisitos para una exención conforme a este Artículo dejara de cumplir con dichos requisitos debido a un cambio en el total de primas suscritas, según indicado en el estado financiero anual más reciente del asegurador,

organización de servicios de salud o del grupo de aseguradores al que pertenece el asegurador u organización de servicios de salud, este habrá de cumplir con la radicación del informe sobre ORSA al año siguiente en que haya excedido el umbral primas anuales establecido en este Artículo.

Artículo 53.070.-Contenido del Informe sobre ORSA

- A. El Informe sobre ORSA se presentará anualmente ante el Comisionado, en o antes del 1 de diciembre de cada año, conforme a los criterios dispuestos en el Manual de Guía sobre ORSA, y sujeto a los requisitos del inciso B del presente Artículo. El informe ORSA reflejará una descripción del porfolio de negocios, la estructura de la administración de riesgo empresarial (ERM, por sus siglas en inglés), procesos para evaluar los riesgos empresariales y exposición de riesgos, entre otros criterios incluidos en el Manual de Guía sobre ORSA. Los documentos e información que sustente dicho informe habrán de mantenerse disponibles para inspección o entrega a solicitud del Comisionado.
- B. La revisión del Informe sobre ORSA, y toda otra información adicional requerida, se harán aplicando las prácticas y principios que sean consistentes con los utilizados para el análisis y examen de las operaciones de negocios de aseguradores *multi-state*, grupos de aseguradores o aseguradores internacionales.

Artículo 53.080.-Confidencialidad

- A. Todo documento, material u otra información, incluyendo el Informe sobre ORSA que haya sido obtenido por la Oficina del Comisionado de Seguros, o esté bajo el control de dicha oficina, conforme a este Capítulo, se considerarán como derecho propietario que contiene secretos de negocios. Todos estos documentos, materiales e información serán confidenciales y de naturaleza privilegiada y no estarán sujetos a inspección pública. El Comisionado no divulgará los documentos, materiales u otra información, sin el consentimiento previo por escrito del asegurador, grupo de aseguradores u organización de servicios de salud correspondiente. No obstante, se autoriza al Comisionado a usar los documentos, materiales u otra información en el proceso de ejercer sus funciones oficiales regulatorias o llevar alguna acción judicial como parte de sus deberes.
- B. No se requerirá ni se permitirá la comparecencia como testigo en un litigio, sea mediante una deposición o de otra manera, del Comisionado ni alguna otra persona que actuando bajo la autoridad del Comisionado, o

con quien en su función de regulador se haya compartido en virtud de este Artículo, documentos, materiales o información relacionados con el informe sobre ORSA conforme a las disposiciones de este Capítulo.

C. Para fines de asistir al Comisionado en el desempeño de sus funciones regulatorias, el Comisionado podrá:

- (1) Compartir los documentos, materiales u otra información relacionados con el informe sobre ORSA, incluyendo los de naturaleza confidencial y privilegiada e información propietaria que contiene secretos de negocios, con las agencias estatales, federales e internacionales regulatorias, incluyendo los colegios de supervisión según definido en el Capítulo 44 de este Código, con la NAIC y auditores externos designados por el Comisionado, siempre que la persona o entidad que reciba los mismos acuerde por escrito mantener el carácter confidencial y privilegiado de los documentos, materiales o información relacionados con el informe sobre ORSA obtenido conforme este Capítulo y
- (2) Recibir documentos, materiales u otra información relacionada con el informe sobre ORSA, incluida la de naturaleza confidencial y privilegiada y aquella información propietaria que contenga secretos de negocios, de oficiales nacionales regulatorios e internacionales, incluidos los colegios de supervisión según definido en Capítulo 44 de este Código, y con la NAIC, siempre que se mantenga la confidencialidad y carácter privilegiado de dichos documentos, materiales o información, bajo el reconocimiento de que son considerados como tal conforme a las leyes de la jurisdicción de origen de los mismos.
- (3) Suscribir un acuerdo por escrito con la NAIC o con un auditor externo para establecer la manera en que se podrá compartir y usar la información provista a tenor con este Capítulo, el cual, entre otros asuntos, incluirá lo siguiente:
 - a. Especificar los procedimientos y protocolos con respecto a la confidencialidad y protección de la información compartida con la NAIC o con un auditor externo a tenor con el presente Capítulo, incluyendo los procedimientos y protocolos con respecto a cómo la NAIC podrá compartir dicha información con otros reguladores en los estados donde posea domicilio un asegurador u organización de servicios de salud que pertenezca al grupo de aseguradores. Dicho acuerdo

dispondrá por escrito que la parte que recibe la información se compromete a mantener la confidencialidad y carácter privilegiado de los documentos, materiales u otra información relacionados con el informe sobre ORSA y establecerá la autoridad legal para mantener dicha confidencialidad.

- b. Disponer que el Comisionado retiene el control y el uso de la información compartida con la NAIC o el auditor externo a tenor con el presente Capítulo y que el uso de la misma estará sujeto a la discreción del Comisionado.
- c. Prohibir que la NAIC o el auditor externo guarde de manera permanente la información compartida en una base de datos después de que se complete el análisis respectivo.
- d. Requerir que se avise con prontitud al asegurador, en el caso de que se solicite o se emita una orden judicial o *subpoena* a la NAIC o al auditor externo con respecto a la divulgación o producción de información confidencial que está en su posesión.
- e. Requerir que la NAIC o el auditor externo consienta a la intervención del asegurador u organización de servicios de salud en cualquier procedimiento judicial o administrativo en el que se le requiera a la NAIC o el consultor externo divulgar información confidencial acerca de dicho asegurador u organización de servicios de salud.
- f. Requerir, en el caso de un acuerdo que envuelva a un auditor externo, el consentimiento previo, por escrito del asegurador, grupo de aseguradores u organización de servicios de salud. De negarse a prestar el consentimiento, se deberá acreditar al Comisionado razones concretas y particulares que justifiquen la negativa a consentir.

D. No se entenderá que el intercambio de información y documentos conforme al presente Capítulo, constituye una renuncia o delegación de la autoridad regulatoria del Comisionado. El Comisionado tendrá la responsabilidad exclusiva de administrar, ejecutar y velar por el cumplimiento de las disposiciones del presente Capítulo.

- E. La divulgación de información y documentos relacionados con el informe sobre ORSA al Comisionado, o el hecho de que se compartan los mismos conforme dispone este Artículo, no implicará de manera alguna una renuncia del asegurador, grupo de aseguradores u organización de servicios de salud con respecto a la confidencialidad de los documentos, derechos de autor, secretos comerciales o cualquier otro derecho sobre la información o documentos relacionados con el informe sobre ORSA.
- F. Los documentos, materiales u otra información en posesión de la NAIC o un auditor externo, o bajo el control de estos, a tenor con el presente Capítulo, se tendrán por ley como confidenciales y privilegiados y no estarán sujetos a inspección pública, divulgación, o descubrimiento, ni serán admisibles como prueba en una acción judicial de carácter privado.

Artículo 53.090.-Sanciones

Cualquier asegurador u organización de servicios de salud que dejare de presentar, dentro del término requerido, el informe sobre ORSA y los documentos e información que sustenten dicho informe, que le sean requeridos por el Comisionado, estará sujeto a la imposición de sanciones de multa administrativa que no excederá de diez mil dólares (\$10,000) por cada falta, hasta la suspensión o revocación del certificado de autoridad en caso de persistir en el incumplimiento de la entrega de la información y documentos requerida conforme al presente Capítulo. El Comisionado puede reducir la penalidad si el asegurador u organización de servicios de salud demuestra que la imposición de la penalidad va a constituir una dificultad financiera para dicho asegurador u organización de servicios de salud.”

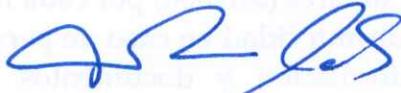
Artículo 2.-Separabilidad

Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite, o parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de dicha resolución, dictamen o sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite, o parte de esta Ley que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite, o parte de esta Ley fuera invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancias en que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e

inequívoca de esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las disposiciones y la aplicación de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes, o aunque se deje sin efecto, invalide, perjudique o declare inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancia. La Asamblea Legislativa hubiera aprobado esta Ley sin importar la determinación de separabilidad que el Tribunal pueda hacer.

Artículo 3.-Vigencia

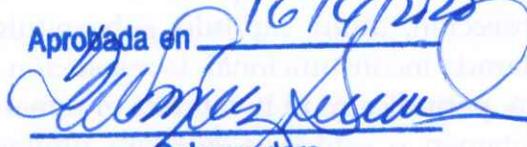
Esta Ley entrará en vigor inmediatamente luego de su aprobación. El informe anual requerido en esta Ley deberá presentarse ante el Comisionado no más tarde del 1 de diciembre de cada año, salvo el primer informe, el cual deberá presentarse el último día del doceavo mes luego de la aprobación de esta Ley.



.....
Presidente del Senado



.....
Presidente de la Cámara

Aprobada en 16/4/2020

Gobernadora

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

Este P. de C Núm. 2083
Fue recibida por la Gobernadora
Hoy 6 de Abril
De 2020 A las 7:00 P.M.

Asesor