



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)

RFP-SP-2025-2026-014-SSPADI-AMA DE LLAVES

SOLICITUD DE PROPUESTA PARA EL OFRECIMIENTO DE SERVICIOS
PROFESIONALES DE SERVICIOS DE AMA DE LLAVES PARA ADULTOS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL PARA LA SECCIÓN DE SERVICIOS A LAS
PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Subvencionado por la Sección de Servicios a las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual

FECHA DE PUBLICACIÓN

Lunes, 03 de noviembre de 2025.

FECHA LÍMITE PARA SOMETER PREGUNTAS

Miércoles, 12 de noviembre de 2025 a las 2:00 pm

FECHA LÍMITE PARA CONTESTAR PREGUNTAS

Viernes, 14 de noviembre de 2025 a las 5:00 pm

FECHA LÍMITE PARA LA ENTREGA DE LA PROPUESTA

Viernes, 21 de noviembre de 2025, en o antes de las 2:00 pm.

En San Juan, Puerto Rico el lunes, 03 de noviembre de 2025.

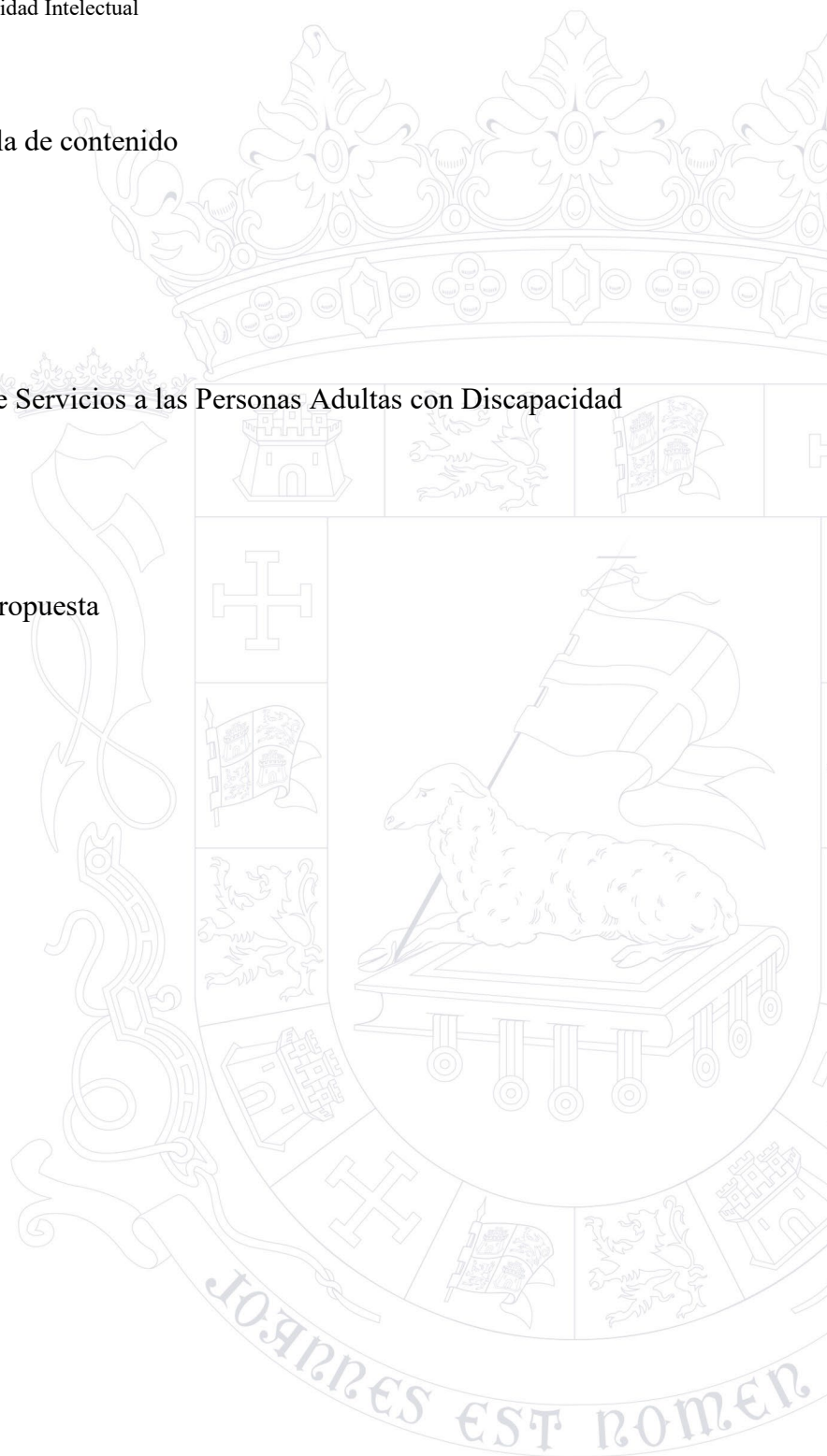
Carlos Padilla Cruz

Gerente (interino)

Tabla de contenido

Secciones

- 1) Base Legal
- 2) Información general sobre la Sección de Servicios a las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual (SSPADI)
- 3) Propósito de la solicitud de propuestas
- 4) Información general
- 5) Requisitos y contenido de la solicitud/propuesta
- 6) Criterios de evaluación
- 7) Criterios de exclusión
- 8) Advertencias
- 9) Calendario
- 10) Anejos



I. BASE JURÍDICA

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).

II. INTRODUCCIÓN E INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA SECCIÓN DE SERVICIOS A LAS PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y LOS SERVICIOS DE APOYO INDIVIDUALIZADO.

La Sección de Servicios a las Personas adultas con Discapacidad Intelectual (en adelante, SSPADI), la cual se encuentra adscrita a la División de Rehabilitación Integral y Vida Independiente (DRIVI), creada mediante la Ley 105 de 1ro de agosto de 2015, presta servicios habilitativos a adultos con diagnóstico de discapacidad intelectual entre las edades de 22 y 59 años. La discapacidad intelectual es una deficiencia en el neurodesarrollo la cual se presenta en el individuo durante las etapas de la infancia y previo a cumplir los veinte y dos (22) años. Los adultos diagnosticados con discapacidad intelectual tienen limitaciones en el funcionamiento intelectual, lo cual afecta su desempeño en áreas medulares como la flexibilidad en pensamiento; rapidez en el aprendizaje; dificultad con el razonamiento, destrezas de planificación, toma de decisiones, entre otros. También presentan retos en su conducta adaptativa, como lo serían retos en destrezas de aseo personal, tareas del hogar, destrezas sociales e interpersonales, entre otros. Los diagnósticos varían en severidad, y en necesidad de intensidad en los apoyos requeridos por el adulto.

Los procesos de evaluación y admisión a los servicios en la SSPADI se dan por conducto de la Clínica Especializada en Evaluación y Consultoría (en adelante, CEEC), mediante la validación del diagnóstico y la recomendación de los niveles apropiados de cuidado para aquellos solicitantes que cualifiquen para los servicios. Aquellos solicitantes admitidos a la SSPADI se benefician de todos los servicios disponibles en el programa, según establecidos en sus planes individualizados.

La programación de la SSPADI tiene como fin promover servicios habilitativos y clínicos integrados, centrados en la persona, y eficaces para alcanzar la inclusión total en comunidad de las personas adultas con discapacidad intelectual servidas por nuestro programa. Los estándares de servicios brindados por la SSPADI van enfocados al cumplimiento y la ejecución de las metas establecidas en el Plan de Base Comunitaria, *Joint Compliance Action Plan*, *Joint Action Plan*, *Benchmarks* y otros acuerdos estipulados en el caso *United States vs. Commonwealth, et, al USDC-1435*.

Los servicios integrados provistos por la SSPADI incluyen apoyos en las áreas de psicóloga, enfermería, consejería en rehabilitación vocacional, terapia recreativa, terapia ocupacional, trabajo social, nutrición, patología del habla, mediación de servicio, y consultoría en áreas clínicas de especialidad como medicina general, medicina interna, neurología, y psiquiatría.

Estos equipos interdisciplinarios se encuentran ubicados en nuestros Centros Transicionales de Servicios (CTS), y las sedes del Programa de Apoyo para la Inclusión Social (P.A.I.S). Los CTS son centros de servicios diurnos los cuales sirven como un espacio físico para la prestación de talleres dirigidos al desarrollo de destrezas habilitativas, y sirven además como enlace hacia la integración comunitaria. Las regiones actualmente servidas por nuestros CTS son Aibonito, Aguadilla, Bayamón, Cayey, Ponce, Río Grande y Vega Baja.

Por su parte, P.A.I.S. representa un sistema integral de apoyo integral que promueve la total integración comunitaria mediante la superación de barreras para el acceso a servicios y apoyos disponibles en comunidad para los adultos con discapacidad intelectual. Una de las metas principales del P.A.I.S es desarrollar el máximo nivel de funcionamiento para lograr la inclusión comunitaria en el ambiente natural del participante y desarrollar su potencial de colocación en empleos sostenidos en la comunidad. Estas metas de inclusión tienen como fin suplementario promover el desarrollo de comunidades inclusivas y accesibles. Actualmente contamos con un P.A.I.S. en el municipio de Juncos, y nos encontramos en proceso de expansión a los municipios de Mayagüez y Utuado.

Además de los servicios de seguimientos clínicos y habilitativos, contamos con hogares comunitarios en modalidades grupales y sustitutos, servicios dentales especializados, y servicios de apoyos individualizados para asistir a los participantes en tareas del diario vivir.

Estos servicios podrán ser brindado a adultos que ambulan con o sin apoyos de equipo asistivo, o que se encuentren encamados o utilicen silla de ruedas. La SSPADI sirve adultos con discapacidad intelectual en todos los municipios de la Isla, los cuales se encuentran adscritos a los CTS y P.A.I.S según le aplique. Estos podrán encontrarse residiendo en hogares comunitarios grupales y sustitutos, o en sus hogares biológicos (con sus familiares o viviendo independiente en comunidad).

Los servicios de apoyos individualizados para los adultos con discapacidad intelectual servidos por la SSPADI están dirigidos a proveerles la asistencia de un personal dirigido a brindarles apoyos básicos del diario vivir a tono con el nivel de funcionamiento de ellos. El alcance o la intensidad de los apoyos requeridos dependerá del nivel de funcionamiento del adulto y su capacidad para realizar destrezas del diario vivir con cierto nivel de independencia o con mayor asistencia.

Los apoyos persistentes pueden ser áreas relacionadas a la alimentación, higiene, cuidado personal y del hogar, cuidados de salud, manejo conductual, e integración comunitaria entre otras áreas de necesidad. A continuación, se incluye una lista de algunos apoyos según área de servicio:

- i) **Alimentación y Nutrición-** Pueden incluir asistencia para la compra de alimentos y otros artículos para confeccionar alimentos; preparación y asistencia en la ingesta de alimentos, incluyendo el preparar los alimentos según la consistencia requerida por el adulto con discapacidad; entre otras tareas relacionadas.
- ii) **Higiene y cuidado personal-** Pueden incluir asistencia en tareas de aseo personal, como baño, lavado de dientes, vestimenta, entre otros. Esto incluirá los apoyos necesarios si el adulto se encuentra encamado o en silla de ruedas y requiera transferencia a sillas de baño y/o cualquier otro equipo asistivo. Estos apoyos también podrán encontrarse enmarcados en apoyar al adulto con discapacidad a ejecutar tareas para mejorar sus destrezas de aseo personal según establecido en los planes individualizados de este. El personal contratado también podrá ser requerido a brindar apoyo en tareas de limpieza del hogar.
- iii) **Cuidados de salud-** Pueden incluir acompañamiento a citas médicas, asistencia en la ingesta de medicamentos, entre otros asociados. Estos cuidados pueden también requerir la asistencia de un personal graduado de enfermería para proveer apoyo para el manejo de tubos nasogástricos, entre otros.
- iv) **Manejo conductual-** Puede incluir la asistencia y participación en la ejecución de los planes centrados en la persona dirigidos al mejoramiento de la conducta; cumplimentar los registros conductuales; entre otros.

- v) **Integración comunitaria**- Puede incluir acompañamiento al CTS para los servicios diurnos, actividades culturales, religiosas, gestiones para empleo, actividades de interés del adulto con discapacidad, entre otros.

El personal contratado para proveer servicios de apoyo individualizado deberá ser adiestrado en asuntos relacionados al diagnóstico de discapacidad intelectual, incluyendo conceptos generales, técnicas de manejo conductual generales y dirigidas al adulto servido, asuntos clínicos como aspectos relacionados con disfagia, diagnósticos médicos, entre otros. En ocasiones, estos también deberán asistir en la preparación de informes, y documentos relacionados a los planes de trabajo del adulto con discapacidad al cual se encuentre brindando servicios. Este personal deberá contar con certificaciones vigentes en primeros auxilios (C.P.R) y en intervención en crisis no violenta (C.P.I).

III. PROPÓSITO DE LA SOLICITUD DE PROPUESTAS

El proponente deberá suplir personal adiestrado para proveer servicios individualizados para adultos con discapacidad intelectual en áreas de aseo personal y del hogar, asistencia nutricional, asistencia para cuidados de salud física y conductual, asistencia y apoyo en actividades de integración comunitaria, entre otras tareas intrínsecas al diario vivir.

Los servicios de apoyo individualizados se prestan en diversos turnos, y diversas cantidades de horas y días. Entiéndase cada adulto servido cuenta con un patrón de servicios individualizado, el cual puede incluir horas de apoyo diurno y/o nocturno, en días de semana, fines de semanas y en días feriados. Deberá suplir personal suficiente para prestar alrededor de 21,000 horas de servicios distribuidas alrededor de toda la Isla.

IV. INFORMACIÓN GENERAL

1. **Título de la convocatoria:** *Propuesta para el ofrecimiento de servicios profesionales de servicios de apoyo individualizado para adultos con discapacidad intelectual para la Sección de Servicios a las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual del Departamento de Salud.*
2. **Tipo de convocatoria:** Convocatoria abierta para corporaciones que proveen servicios de apoyos individualizados, también llamados servicios de amas de llaves.
3. **Procedencia de los fondos:** Fondos estatales otorgados asignados a la Sección de Servicios a las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual del Departamento de Salud
4. **Adjudicación:** La adjudicación se hará mediante contrato de servicios profesionales con el Departamento de Salud, luego de transcurrir una convocatoria abierta.
5. **Fecha límite para entregar la propuesta:** en o antes del **viernes, 21 de noviembre de 2025 a las 2:00pm**, en la Sección de Apoyo Administrativo a Subastas del Departamento de Salud, localizada en la nueva sede del Departamento de Salud, Sector el Cinco, Bo. Monacillo Urbano, 1575 calle Juan Ponce de León, Carretera 8838, San Juan, Puerto Rico. **Las propuestas deben contener un (1) original; una (1) copia y copia digital en formato PDF dentro de un USB. Pueden ser sometidas en inglés o español.**
 - a. No se otorgará prórroga para entregar la propuesta.
 - b. Las propuestas que se reciban luego de la hora y día anteriormente indicados no serán consideradas para evaluación y adjudicación de fondos.

- c. Las propuestas de solicitud de fondos serán entregadas no antes de la fecha y hora indicada en la Sección de Apoyo Administrativo de Subastas del Departamento de Salud, en la dirección arriba indicada.
 - d. Se reconocerá como evidencia de entrega solamente la hoja de trámite firmada por el personal autorizado de la Sección de Apoyo Administrativo de Subastas o por el personal de seguridad en el área de recepción de la nueva sede del Departamento de Salud, certificando la fecha, hora de entrega y personal que recibió la misma.
6. Número aproximado de proyectos a auspiciar: 1
7. **Periodo para auspiciarse:** El contrato a otorgarse tendrá una duración anual, y podrá renovarse anualmente hasta un máximo de cinco (5) años según disponibilidad de fondos y el cumplimiento con los términos del contrato y las normativas vigentes relacionadas a la extensión de vigencia de contratos de servicios profesionales.
8. **Preguntas:** Dudas o preguntas sobre la propuesta y su preparación deberán ser sometidas al siguiente correo electrónico: subastas@salud.pr.gov, no más tarde de miércoles, 12 de noviembre de 2025 en o antes de las 2:00 pm.

V. REQUISITOS Y CONTENIDO DE LA SOLICITUD DE PROPUESTA (INCLUYE CRITERIOS DE EVALUACION)

Las propuestas deben seguir el formato presentado en esta sección y se requiere que se incluyan todos los componentes enumerados y detallados a continuación. La puntuación de una propuesta estará proporcionalmente relacionada a que el proponente cumpla exitosamente con los componentes requeridos en esta guía.

(1) Formato (no contiene puntuación)

(a) Tabla de contenido

- (i) Ser sometida en papel tamaño carta (8 x 11) con márgenes de 1 pulgada en todos los lados del margen. Entiéndase tope, fondos, izquierda y derecha.

- (ii) Las páginas deberán ser enumeradas en el tope del margen derecho, siguiendo la Tabla de Contenido y según el siguiente formato ejemplo: 1 de 40 paginas
- (iii) La letra debe ser en Times New Roman o Arial, en tamaño doce (12), a doble espacio (exceptuando aquella información que sea sometida en tablas, la cual puede ser a espacio sencillo).
- (iv) Incluir toda la información requerida en las secciones de la propuesta
- (v) En caso de utilizar acrónimos los mismos deben estar explicados la primera vez que se utilicen. Ejemplo: Sección de Servicios a las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual, en adelante SSPADI.
- (vi) En caso de citar fuentes de datos, estas deberán ser debidamente identificadas.

Las propuestas deben contener un (1) original; una (1) copia y copia digital en formato PDF dentro de un USB. Pueden ser sometidas en inglés o español.

- (b) **Carta de Presentación** (no contiene puntuación)- esta deberá cumplir con los siguientes requisitos:
 - (i) No exceder de dos (2) paginas.
 - (ii) Identificar la compañía proponente.
 - (iii) Exponer su intención para someter la propuesta
 - (iv) Describir brevemente la propuesta a ser presentada
 - (v) Establecer el costo por el reclutamiento y colocación de los servicios de apoyo individualizado para los adultos con discapacidad intelectual servidos por la SSPADI
 - (vi) Exponer la capacidad de la corporación para llevar a cabo los servicios propuestos
 - (vii) Exponer la experiencia de la corporación en la prestación de los servicios según propuestos.

La carta de presentación deberá ser dirigida a:

Carlos Padilla Cruz, Gerente (interino)
Sección de Apoyo Administrativo a Subastas
Sector el Cinco, Bo. Monacillo Urbano
1575 calle Juan Ponce de León, Carretera 8838
San Juan, Puerto Rico
Correo electrónico: subastas@salud.pr.gov

Dudas o preguntas sobre la propuesta y su preparación deberán ser sometidas al siguiente correo electrónico: subastas@salud.pr.gov, no más tarde de **miércoles, 12 de noviembre de 2025 en o antes de las 2:00 pm.**

(c) **Tabla de Contenido (no contiene puntuación)**- la propuesta sometida debe tener una Tabla de Contenido, en la cual se enumerarán las páginas de todas las secciones requeridas en esta convocatoria.

(d) **Descripción de la organización**- deberán incluir la siguiente información:

- (i) Nombre de la corporación, según aparece registrado en el Departamento del Estado.
- (ii) Numero de la corporación.
- (iii) Dirección física de la corporación.
- (iv) Dirección postal de la corporación.
- (v) Correo electrónico.
- (vi) Portal web, si aplica.
- (vii) Nombre y posiciones de todos los miembros de la Junta de Directores.
- (viii) Información de contacto del Presidente(a) u oficial de mayor jerarquía, quien estará autorizado a representar, endosar o suscribir cualquier documento en representación de la corporación.

- (ix) Experiencia previa de la corporación en la prestación de los servicios objeto de la propuesta. Deberá incluir información sobre el tipo de población que tiene experiencia atendiendo. Por ejemplo: adultos mayores, niños, personas con impedimentos. Además, deberá incluir información sobre el volumen de los servicios que presta, y las municipalidades impactadas.
- (x) Copia del estado financiero auditado certificado por un Contador Público Autorizado (CPA), cuya fecha de cierre no sea mayor a doce (12) meses anteriores a la fecha de entrega de la propuesta. (de tener el estado actual en proceso, pueden presentar el último auditado y certificación de que el actual está en proceso)
- (xi) Nombre e información del personal que se encargará de la implementación del Plan de Servicios
- (xii) Descripción de la capacidad operacional, incluyendo los procesos de reclutamiento y revisión de credenciales del personal.

(e) Descripción de los servicios requeridos.

- (i) General: El proponente deberá presentar una propuesta que aborde los siguientes renglones:
 1. Corporación debidamente registrada para realizar negocios en el Estado Libre Asociado, y con experiencia en la prestación de servicios individualizados (o de ama de llaves) y de enfermería.
 2. Capacidad para el reclutamiento y colocación de personal de servicios individualizados o ama de llaves a través de todos los municipios en la Isla. Deberá proporcionar data sobre el personal reclutado en la actualidad, y las zonas geográficas que la corporación actualmente sirve.
 3. Capacidad para el reclutamiento y colocación de personal graduado de enfermería a través de todos los municipios en la Isla. Deberá

proporcionar data sobre el personal reclutado en la actualidad, y las zonas geográficas que la corporación actualmente sirve.

4. Credenciales solicitadas por la corporación al personal reclutado. La documentación solicitada deberá incluir los certificados vigentes en cumplimiento con la *Ley 300 de 2 de septiembre de 1999*, según enmendada, conocida como la Ley de Verificación de Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud.
5. Planes de reclutamiento para suplir los servicios motivo de la propuesta.

(f) Plan de Trabajo e Informes

- (i) Metodología para la colocación del personal contratado, incluyendo procesos de entrevista y reclutamiento. Esto debe tener particular énfasis en el periodo de tiempo que toma el reclutamiento y la colocación del personal una vez se emite la solicitud de colocación.
- (ii) Rendimiento de Informes sobre el personal activo en la prestación de servicios, incluyendo horas prestadas semanalmente, y los servicios pendientes de activación.

(g) Presupuesto y costo estimado

- (i) El proponente presentara en un formato de tabla los costos estimados para los servicios propuestos.
 1. Personal para proveer servicios de apoyo individualizado, también conocido como servicios de ama de llaves.
 2. Personal para proveer servicios de enfermería en el hogar.
- (ii) El proponente deberá presentar el costo propuesto por hora, y la cantidad de horas que tiene capacidad de brindar bajo cada renglón.

(h) Credenciales y adiestramientos del personal contratado.

- (i) Deberá presentar un listado de la documentación y credenciales requeridos al personal contratado para prestar los servicios objeto de esta propuesta. Esto aplica tanto para el personal de ama de llaves como para el personal de enfermería.
- (ii) Deberá presentar un listado de los adiestramientos y certificaciones provistos al personal. Incluirán políticas internas sobre Quejas y Querellas de servicios, y políticas sobre maltrato, según apliquen.
- (iii) En caso de que la documentación, credenciales y adiestramientos varíen dependiendo de la población atendida, deberán identificar que requisito aplica en que instancia.

VI. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Las propuestas recibidas serán evaluadas a base de los siguientes criterios:

	Criterios de evaluación	Valor total	Puntos otorgados
A	Formato	No tiene puntuación	
B	Carta de presentación	No tiene puntuación	
C	Tabla de Contenido		
D	Descripción de la Organización		
E	Descripción de los servicios requeridos		
F	Plan de Trabajo e Informes		
G	Presupuesto y costo estimado		
H	Credenciales y adiestramientos del personal contratado.		

Nota aclaratoria: Esta solicitud de propuesta no representa un compromiso por parte del Departamento de Salud para acoger la propuesta presentada y adjudicar un contrato de servicios profesionales al proponente. Los tramites de contratación dependerán de la evaluación y aceptación de la propuesta, y la disponibilidad de los fondos.

VII. CRITERIOS DE EXCLUSION

a. **Documentos Requeridos-** los documentos a continuación deben adjuntarse en la propuesta. Si alguno de estos no es incluido con su solicitud, el Comité de Evaluación del DSPR notificará al proponente que su solicitud no será evaluada. Estos se adjuntarán a la solicitud como Apéndice A.

1. Certificado de incorporación
2. Certificado de Existencia o Certificación de Autorización para hacer negocios en Puerto Rico
3. Certificado de Good Standing, en cumplimiento con la Ley Num 144 de 10 de agosto de 1995, según enmendada, conocida como la Ley General de Corporaciones de 1995, emitido por el Departamento del Estado.
4. Declaración jurada indicando que ni la Corporación, ni ninguno de sus funcionarios principales han sido convictos por delitos constitutivos de fraude, malversación o apropiación ilegal de fondos públicos enumerados en la Ley 458 del 29 de diciembre de 2000, según enmendada.
5. Declaración jurada indicando que ni la Corporación, ni ninguno de sus funcionarios principales han sido convictos por delitos contenidos en la *Ley 300 de 2 de septiembre de 1999*, según enmendada, conocida como la Ley de Verificación de Historial Delictivo de Proveedores a Niños, Personas con Impedimentos y Profesionales de la Salud.
6. Copia de la última planilla de contribuciones sobre ingresos
7. Estado financiero auditado
 - a. Debe presentar un estado financiero auditado certificado por un CPA, cuya fecha de cierre no sea mayor de doce (12) meses anteriores a la fecha de entrega de esta propuesta y sus documentos complementarios.
 - b. Estado de flujos de efectivo

- c. Declaración de ingresos y gastos
 - d. Estados financieros
 - e. Notas sobre el estado financiero
 - f. Líneas de crédito
8. Copia certificada de cualquier licencia requerida por ley estatal o federal para operar su negocio en el Estado Libre Asociado.
9. Copia del Registro Único de proveedores de Servicios Profesionales (RUP) expedido por la Administración de Servicios Generales (ASG).

VIII. ADVERTENCIAS

- a. El Departamento de Salud se reserva el derecho sobre la utilización de la negociación individual respecto a los términos, condiciones, calidad, precio o combinación de factores para obtener lo más ventajoso para el Departamento de Salud. El precio no será necesariamente el factor de mayor peso en la adjudicación.
- b. El Departamento de Salud se reserva el derecho, incluyendo, pero no limitado a la facultad para enmendar la Solicitud de Propuestas cuando ello sirva los mejores intereses del Departamento de Salud, cancelar el proceso de Solicitud de Propuestas, entre otros.
- c. La notificación de la adjudicación de la presente propuesta no constituirá el acuerdo formal entre las partes. Será necesario que se suscriba el contrato correspondiente.
- d. Si al solicitante/ proponente se le otorga un contrato de servicios, la Oficina de Contratos del DSPR podrá requerir otros documentos necesarios para formalizar un contrato con la agencia.
- e. Los servicios formalizados por medio de contrato por los servicios profesionales incluidos en este Pliego serán pagados con fondos federales, por lo cual le aplican todas las reglamentaciones del gobierno estatal incluyendo el RUP, y cualquier otro documento requerido.

- f. Todo proponente tiene derecho a reconsideración y revisión de la adjudicación de la propuesta, conforme a la Ley Núm. 38-2017, según enmendada y la Orden Administrativa 2025-603 del Secretario del Departamento de Salud.

EVALUACIÓN DE OFERTA FINAL

El DSPR se reserva el derecho de requerir una “Final y Mejor Oferta” (Best and Final Offer- BAFO por sus siglas en inglés)” a los Proponentes calificados, cuando entienda necesario. De ser el caso, los Proponentes tendrán la oportunidad de presentar su última oferta o clarificar cualquier información provista en la oferta original. Esta oferta final deberá responder a los aspectos previamente discutidos. La Oficina de Subastas enviará por escrito a los Proponentes la solicitud de entrega de su Final y Mejor Oferta. En esta comunicación se establecerá la fecha y hora límite para la entrega de las ofertas. El Proponente será informado que, de no presentar la oferta final dentro del término señalado, su oferta original presentada será considerada como su oferta final. Las “Ofertas Finales (BAFO)” serán evaluadas y se determinará si responden a los mejores intereses para el DS. Es posible que más de un Proponente sea seleccionado para la adjudicación.

Por otro lado, el DSPR se reserva el derecho de obviar cualquier informalidad o diferencia de menor importancia en los términos y condiciones, si cumple con el propósito para el que se solicitan y es beneficioso para los mejores intereses del Gobierno de Puerto Rico. Las desviaciones no podrán afectar sustancialmente la calidad, capacidad o características esenciales de los servicios solicitados. El DSPR se reserva el derecho de descalificar propuestas si existe evidencia de “collusion” con la intención de defraudar u otras prácticas ilegales por parte de cualquier proponente.

ADJUDICACIÓN

El DSPR adjudicará al Proponente que cumpla con las instrucciones, términos, condiciones y especificaciones y represente el mejor valor para el Gobierno de Puerto Rico. El DSPR se reserva el derecho de seleccionar a más de un Proponente.

NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACIÓN

Una vez que el DSPR tome la decisión final, la Oficina de Subastas notificará por escrito a todos los Proponentes que participaron. La notificación de adjudicación del RFP no constituirá un acuerdo final entre las partes. La contratación debe completarse para crear un acuerdo final y válido.

Una vez que el DSPR efectúe la adjudicación correspondiente, deberá notificar su determinación final mediante Resolución o Aviso de Adjudicación. La Resolución o Aviso de Adjudicación deberá ser enviado por correo certificado federal con acuse de recibo o correo electrónico a todas las partes que tienen derecho a impugnar tal determinación, es decir, todos los Proponentes que presentaron una propuesta en este RFP. El Aviso de Adjudicación debe incluir (i) los nombres de los Proponentes que participaron en el RFP y un resumen de sus propuestas; (ii) los factores o criterios considerados para la adjudicación de la propuesta; (iii) los defectos, en su caso, que tuvieron las propuestas de los Proponentes perdedores y (iv) la disponibilidad y plazo para solicitar la revisión administrativa y judicial.

REVISIÓN ADMINISTRATIVA

La parte afectada adversamente por la notificación de adjudicación podrá, dentro del término de veinte (20) días a partir del depósito en el correo federal o correo electrónico notificando la adjudicación de la Solicitud de Propuestas, presentar una moción de reconsideración ante la agencia. El DSPR deberá considerarla dentro de los quince (15) días de haberse presentado. Dicho término podrá extenderse una sola vez, por un término adicional de quince (15) días calendario. El apelante deberá proporcionar una notificación con una copia de la solicitud de revisión administrativa al DSPR. Simultáneamente, también notificará al Proponente que haya obtenido la buena pro en este RFP. Este requisito es de carácter jurisdiccional. En el documento de revisión en sí, el apelante certificará su cumplimiento con este requisito. El aviso debe enviarse por correo certificado con acuse de recibo y correo electrónico. El apelante deberá notificar, además, a todos los Proponentes que participaron en el proceso competitivo.

Calendario e Información

Unidad Solicitante:	Departamento de Salud Sección de Servicios a las Personas adultas con Discapacidad Intelectual (SSPADI)
Información de Contacto:	Carlos Padilla Cruz 787-765-2929, ext. 3450
Número de Solicitud:	RFP-SP-2025-2026-014-SSPADI-AMA DE LLAVES
Nombre de Solicitud:	Solicitud de Propuesta para el ofrecimiento de Servicios Profesionales de Servicios de Ama de Llaves para adultos con discapacidad intelectual para la Sección de Servicios a las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual.
Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):	Solicitud de Servicios Profesionales de Empleo Temporero
Fecha de Publicación de la Solicitud:	Lunes, 03 de noviembre de 2025
Fecha límite para someter preguntas:	Miércoles, 12 de noviembre de 2025, hasta las 2:00 PM
Fecha límite para contestar preguntas:	Viernes, 14 de noviembre de 2025, hasta las 5:00 PM
Entregar Propuesta en la Oficina de Subastas:	Departamento de Salud Sección de Apoyo Administrativo a Subastas Avenida Ponce de León 1575 Carr. 838, Km. 6.3, Sct. El Cinco, Bo. Monacillos San Juan, Puerto Rico 00926
Fecha Límite para Someter Propuestas:	Viernes, 21 de noviembre de 2025, hasta las 2:00 PM
Solicitud de Documentación Relacionada, solicitarla a:	subastas@salud.pr.gov

ANEJO A

Documentos y/o Certificaciones Mínimas Requeridas para Evaluar las Propuestas

1. **Certificado de Existencia Corporativa** (Certificación de Incorporación) o en su defecto, Certificado de Autorización para hacer Negocios en Puerto Rico y copia de sello corporativo.
2. **Certificación de “Good Standing”** actualizado del Departamento de Estado (ir., de radicación de informes corporativos anuales)
3. **RUP/RUL** (según aplique)
4. **Evidencia del Seguro Social Patronal**
5. **Evidencia de cuenta activa en SAM.gov**

ANEJO B

Acuerdos y compromisos de los proponentes

Gobierno De Puerto Rico
Departamento De Salud
Programa WIC

Año de financiamiento 2025-2026

1. Entiendo que la notificación de aprobación de esta propuesta no es una autorización de parte del Departamento de Salud para comenzar a ofrecer servicios bajo la misma, sin la mediación de un contrato firmado por ambas partes.
 2. Entiendo que cualquier información falsa aquí provista significará el rechazo de mi propuesta y/o terminación de mi participación en el proyecto, aun así, si este hecho se descubre posterior a la fecha de aprobación de mi propuesta, o la firma del contrato.
 3. Garantizo que no existe conflicto de intereses entre mi persona, o miembro de mi entidad, y el Departamento de Salud o sus empleados.
 4. Entiendo que como proponente asumiré todos los costos de la preparación de esta solicitud de fondos.
 5. Entiendo y acepto que, de no entregar los documentos requeridos en el término señalados, el Departamento de Salud podrá suspender el proceso de firma de contrato y reprogramar los fondos.
- Certifico**, que toda la información aquí provista es correcta, y que soy el proponente, o la persona autorizada a representarle.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma



ANEJO C

Certificado RUP y/o RUL

(Sera provista por el proponente)

Certificado RUP y/o RUL

ANEJO D
PENDING LITIGATION AND NO-BANKRUPTCY
SWORN STATEMENT

I, _____, of legal age, of marital status (married/single), and a resident of _____, have been designated as the authorized representative of _____. In such regard, I hereby certify that:

- 1) _____ The company or any representative are not bankrupt, nor has suspended business activities due to any analogous situation arising from a similar procedure under national laws and regulations.
- 2) The company is not under any bankruptcy litigation.

In (*add municipality*), Puerto Rico this ____ day of _____ of _____.

(Name of Firm)

By:

(Signature of Proponent)

(Printed Name of Proponent)

(Position)

Affidavit No. _____

Subscribed and sworn to before me in the city of _____, _____, this _____ day of _____, 2024, by _____ of legal age, _____ (civil status), _____ (occupation) and resident of _____, _____, in _____ his/her capacity as _____ of Proposer, who I personally known or have identified by his/her _____.

Public Notary

ANEJO E
NON-CONFLICT OF INTEREST CERTIFICATION

_____, certifies, represents, and warrants to the Puerto Rico Department of Health (“PRDOH”) that pursuant to 2 C.F.R. 200.112 the following answers are true and accurate:

1. Does the Respondent has/had any other current or former advisory contracts with any entity of the Government of Puerto Rico, or which bear any direct or indirect relation to the activities of the Government of Puerto Rico?

No _____

Yes _____ Describe:

2. Does the Respondent has/had any recent historical or ongoing legal proceedings, Interviews, or investigations being conducted by any US and/or local law enforcement agencies involving the respondent’s firm or team that are related to transactions executed in or on behalf of the Government of Puerto Rico, state agencies, and/or public corporations?

No _____

Yes _____ Describe:

3. Does the Respondent has/had conducted any work for any creditors or guarantors of the Government of Puerto Rico, a state agency, and/or a public corporation about their positions in Puerto Rico debt obligations? If the answer is yes, please indicated whether this activity is ongoing, and if not, when the prior assignment concluded.

No _____

Yes _____ Describe:

4. Does the Respondent is currently under any services contract or has been awarded a services contract (even if contract has yet to be executed) with PRPA?

No _____

Yes _____ Describe:

Company: _____

Representative Name: _____

Signature: _____

Date: _____

ANEJO F

NON-COLLUSIVE AFFIDAVIT

Commonwealth or Puerto Rico _____, being first duly sworn, deposes says: That he is _____ (An individual, a partner of a partnership or an officer of a corporation, etc.) of the party making the foregoing proposal or bid, that such proposal or bid is genuine and not collusive or sham; that said bidder has not collude, conspired, connived or agreed, directly or indirectly, with any bidder, or person, to put in a sham bid or to refrain from bidding; that he has not in any manner, directly or indirectly, sought by agreement or collusion, or communication, or conference, with any person, or fix the price of affiant or of any other bidder, or to fix any overhead, profit or cost element of said bid price, or of that of any bidder, or to secure any advantage against the _____ proposed contract; and that all statement in said _____
(Name of Owner)
proposal or bid are true. In the City of _____, Puerto Rico, this _____ day of _____, 2025.

Name of Bidder

Signature of Bidder's Representative

AFFIDAVIT NUMBER _____

Sworn and subscribed to before me in the place and date above stated by _____ of legal age an personally known to me.

(NOTARIAL SEAL)

NOTARY PUBLIC

ANEJO G

DECLARACIÓN JURADA-Ley 2-2018

Código Anti Corrupción para el Nuevo Puerto Rico

(ver documento adjunto)

HOJA DE COTEJO

Instrucciones: Complete esta lista de verificación para asegurar el envío de todos los documentos solicitados. El proponente deberá inicialar en el lado izquierdo de cada sección confirmando su inclusión en la solicitud de propuesta.

La falta de cualquiera de los requisitos aquí contenidos resultará en la descalificación de la propuesta.

Iniciales	Sección #	Anejo	Descripción del documento
	III	-	Bill rate y rate por empleados según el puesto.
	IV	A	Certificado de incorporación
	IV	A	Certificación de Cumplimiento (Good Standing Certification)
	IV	A	Evidencia del Seguro Social Patronal
	V	-	Carta de presentación
	V	-	Descripción de la entidad
	V	-	Plan de servicios
	V	-	Descripción de los recursos
	IV	A	Documentos y/o Certificaciones Mínimas requeridas para evaluar propuesta
	V	B	Acuerdos y Compromisos de los proponentes
	IV	C	Evidencia de elegibilidad RUP/RUL hasta la fecha (Obligatorio)
		D	Litigio pendiente y declaración jurada de no quiebra
		E	Certificación sobre conflictos de intereses
		F	Non-Collusive Affidavit
		G	Declaración Jurada -Ley 2-2018, Código Anti-Corrupción

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

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:	

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:	Correo Electrónico:

Corporación Foránea

Nombre del Agente Residente	Dirección	Número de Teléfono y Correo electrónico

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, **cuyas firmas aparecen en el presente documento más 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 Rama Ejecutiva 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)

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)

