



De acuerdo a los parámetros establecidos en la carta circular núm. 013-2021 “*Medidas Para Asegurar La Transparencia Y Responsabilidad Fiscal En La Contratación Gubernamental De Servicios Profesionales*” emitida el 7 de junio de 2021 por la Oficina De Gerencia Y Presupuesto Del Gobierno De Puerto Rico, parte v, sección a, b (i) al (iii) y la Orden Ejecutiva núm. 2021-029; y a la discreción del Secretario De Salud mediante Orden Administrativa Número 2022-535 Del Secretario De Salud “*Para establecer los procedimientos aplicables a la contratación de Servicios Profesionales y Consultivos que excedan la cantidad de ciento cincuenta mil dólares (\$150,000.00) o más, durante un mismo año fiscal en el Departamento De Salud; y crear el comité de evaluación de propuestas para los procedimientos de “Request For Proposal” (RFP) o solicitud de propuestas selladas*”, según enmendada por la Orden Administrativa 2022-543 del Secretario De Salud; se establecen los requisitos para someter propuesta para servicios profesionales.

PLIEGO PARA:

**CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA EMPRESA, INDIVIDUO
O CONSULTOR ("CONTRATISTA") PARA PROPORCIONAR AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE ADULTOS (UDH) SERVICIOS INTEGRALES DEL MANEJO
DEL CICLO DE INGRESOS HOSPITALARIOS**

SP-2022-2023-029-UDH

**Fecha límite para entregar la propuesta:
viernes, 17 de marzo de 2023 a las 4:00pm**



TRASFONDO

El Hospital Universitario de Adultos (UDH) del Centro Médico de Puerto Rico, es el único hospital de nivel supraterciario del sistema de salud pública del país para atender adultos. Se caracteriza por la prestación de servicios médico-hospitalarios a una población de pacientes muy variada, con condiciones de salud agudas, crónicas y muy complejas que dependen de tratamientos médicos prolongados y altamente especializados. En el hospital se reciben pacientes provenientes de toda la Isla, incluyendo hospitales privados y el Caribe.

Además, UDH es el taller clínico principal para el Programa de Educación Medica Graduada de la Universidad de Puerto Rico y sus estudiantes de medicina. Actualmente cuenta con 25 Programas de Residencia donde una variedad de residentes de diferentes disciplinas clínicas hace sus rotaciones anualmente. Cabe señalar que UDH requiere de algunos servicios centralizados para su operación de la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASEM).

La Institución cuenta con 13 unidades clínicas: Medicina Hombres, Medicina Mujeres, Cirugía General, Cirugía Ortopedia, Neurocirugía Intensivo, Neurocirugía Intermedio, Oncología y Trasplante de Médula Ósea, Sala de Partos, Obstetricia y Ginecología, Nursery, Intensivo Medicoquirúrgico, Intensivo Medicina y Sala de Evaluación de Obstetricia y Ginecología.

DESCRIPCION DE SERVICIO

Propuesta para la contratación de Servicios Profesionales de una empresa, individuo o consultor ("contratista") para proporcionar al Hospital Universitario de Adultos (UDH) servicios integrales del manejo del ciclo de ingresos hospitalarios para las siguientes operaciones tales como:

- Registro de Pacientes de Servicios Clínicos
- Facturación de Servicios Clínicos
- Cobros
- Admisiones y Pre-admisiones
- Manejo de camas
- Manejo de la utilización médica
- Planificación de alta de los pacientes

Específicamente, y solo con fines ilustrativos, las estimaciones de las necesidades actuales de personal se describen a continuación:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ADULTOS (UDH)

Departamento	Empleados
Pre-Admisiones, Admisiones y Manejo de Camas	54
Utilización Medica y Planificación de Alta	32
Recaudadores	4
Codificadores	4
Finanzas	1
Gerente de Proyecto	1
Consultores en Negociación de Contratos	2
Sistema de Información	1
TOTAL DE EMPLEADOS ESTIMADOS	99



Notas importantes:

- Sera responsabilidad de la compañía determinar la cantidad de empleados para el área de **facturación y cobro** de manera que cumpla con los parámetros de los servicios y los objetivos de la institución.

Periodo de ejecución: El periodo de trabajo es por 2 años sujeto a la formalización de los acuerdos entre el DSPR y la entidad seleccionada.

Preguntas o solicitud de información debe ser dirigida a:

NOMBRE: Denise Marrero Santana

TÍTULO: Directora de Oficina de Subastas

CORREO ELECTRÓNICO: subastas@salud.pr.gov

TELÉFONO: 787-765-2929

EXTENSIÓN: 4475

La fecha límite para someter las propuestas será el viernes, 17 de marzo de 2023 a las 4:00pm en la Oficina de Subastas del Departamento de Salud ubicada en el segundo piso, la oficina número 223 del Edif. H.

DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE CONTRATACIÓN

ENTIDADES ELEGIBLES

Descripción del Proponente

Describa o proporcione lo siguiente, según corresponda:

La fecha de formación de su empresa, estructura organizativa, jurisdicción de formación y estructura de propiedad, si corresponde, el número de identificación fiscal del empleador o número de seguro social, nombre, cargo, ubicación e información de contacto de la persona que supervisará directamente los servicios que usted propone proporcionar y a quién se debe contactar acerca de su propuesta. Una descripción de los juicios, veredictos, demandas, reclamos, procedimientos de arbitraje u otros procedimientos judiciales o administrativos, pendientes o pendientes, contra su empresa o sus funcionarios. Una descripción de cualquier demanda o reclamo, o solicitud de arbitraje con respecto a cualquier contrato presentado por su empresa en los últimos siete (7) años. Finalmente, una descripción de cualquier incumplimiento que su compañía haya tenido bajo un contrato ocurrido en los últimos diez (10) años.

Información financiera

Los proponentes deberán someter los estados financieros de su último año fiscal, los cuales deberán ser certificados por un Contador Público Autorizado bajo las leyes de Puerto Rico.



El Departamento de Salud se reserva el derecho de solicitar al Proponente una carta de crédito suscrita por un funcionario de alto rango de una institución financiera autorizada para hacer negocios en Puerto Rico.

Requisitos de seguro

Los proponentes deberán mantener un Seguro de Responsabilidad General Integral que incluya una póliza de Productos-Operaciones Completadas, Seguro de Accidentes de Trabajo, Automóvil y Responsabilidad Civil Patronal que cubra a todo su personal, así como los daños y perjuicios que se produzcan como consecuencia de la prestación de sus servicios. El Proponente acepta que requerirá que cualquier subcontratista mantenga las siguientes políticas: responsabilidad general (incluidos los productos completados y la cobertura contra incendios), compensación de trabajadores y responsabilidad de los empleadores. Los límites de la póliza no serán inferiores a un límite único combinado por lesiones corporales, daños a la propiedad y responsabilidad por lesiones personales de:

- **Responsabilidad civil general (\$2 millones por ocurrencia) Automóvil (\$1 millón por ocurrencia)**
- **Compensación de trabajadores (\$1 millón por ocurrencia)**

Todas las pólizas de seguro deben ser emitidas por una compañía autorizada conforme a los requisitos del Comisionado de Seguros de Puerto y el Código de Seguros de Puerto Ricos.

A la firma del contrato, el Proponente deberá asegurarse de que el departamento de Salud sea nombrado asegurado adicional en todas las pólizas.

Certificaciones adicionales

Previo a la celebración del Contrato, el Proponente Adjudicatario deberá obtener lo siguiente:

1. Certificación que acredite la radicación de Planilla de los últimos cinco (5) años, emitida por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico.
2. Un certificado de deuda no gravada o cumplimiento de plan de pago emitido por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico.
3. Certificado de no adeudo o cumplimiento del plan de pago del impuesto predial emitido por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (“CRIM”).
4. Certificado de no adeudo o cumplimiento de plan de pago de seguro de desempleo, incapacidad temporal (compensación al trabajador) y seguro social de chofer emitido por el Departamento del Trabajo de Puerto Rico.
5. Certificado de no adeudo o cumplimiento del plan de pago de la licencia de impuestos municipales.



6. Póliza de Seguro de Accidentes de Trabajo emitida por el Fondo de Seguro del Estado.
7. Certificado de no cumplimiento de deuda o plan de pago emitido por el Fondo de Seguro del Estado.
8. Certificado de Vigencia emitido por el Departamento de Estado de Puerto Rico. El Departamento de Salud podrá requerir al Proponente Adjudicatario la entrega de sus últimos estatutos sociales, estatutos, resoluciones o contrato de sociedad.
9. El Proponente Adjudicado podrá optar por presentar una certificación válida y vigente que acredite su inscripción en el Registro Exclusivo de Licitadores de la Administración de Servicios Generales. Este certificado constituirá prueba suficiente del cumplimiento de los puntos 1 a 8 anteriores.
10. Un certificado de exención de retención de contribuciones emitido por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico, si aplica.
11. Certificado de cumplimiento de ASUME.
12. Una resolución de la Junta Directiva del Proponente que autorice a su representante para celebrar el Contrato.

Elementos de la propuesta

A. Descripción de los Servicios

Describa en detalle cada uno de los servicios incluidos en este RFP (Registro de Pacientes de Servicios Clínicos, Facturación de servicios clínicos, Cobros, Admisiones y Pre-Admisiones, Manejo de Camas, Utilización Médica y Planificación de Altas de Pacientes), cómo se ejecutarán y cómo complementará la cultura y calidad de los servicios. ofrecido en las instalaciones. También proporcione planes de flujo de pacientes y diagramas de manera que muestre cómo el Proponente planea ejecutar cada servicio. Específicamente, proporcione lo siguiente:

- Planos de planta del espacio necesario, incluidos sus usos, circulación y servicios propuestos
- Infraestructura de tecnología (IT) a utilizar
- “Software” a utilizar
- Cronograma para el desarrollo del sitio, la instalación del equipo y la fecha de inicio
- Describir cómo el Proponente capacitará a su personal para apoyar y cumplir sus objetivos
- Describir el requisito de cumplimiento interno para garantizar una ejecución segura y legal



- Describir los días y horarios de operación propuestos para cada uno de los servicios incluidos en la RFP
- Incluir el número de empleados a desplegar por área, considerando las cantidades sugeridas descritas anteriormente.

Descripción y Experiencia del Proponente

Describir la estructura de manejo y operación que se empleará en la ejecución de los servicios. Incluya una descripción del trabajo para el gerente en el sitio, el número de empleados y sus respectivas descripciones de trabajo, y el horario diario propuesto para prestar los servicios, tomando en cuenta que algunos servicios son 24 horas (7) siete días a la semana.

Describa la experiencia del Proponente con todos los servicios solicitados en esta RFP, por un mínimo de cinco (5) años antes de esta RFP. Los proponentes que tengan menos de cinco (5) años de experiencia comprobada, favor de proporcionar lo siguiente:

- Lista de todos los profesionales asignados al proyecto
- Lista de calificaciones y certificaciones individuales en facturación médica (incluya capacidad, años de experiencia y nombre de las instalaciones donde se han prestado los servicios)

Experiencia en manejo de servicios de salud y/o instalaciones hospitalarias de salud pública es muy deseable pero no obligatorio.

Estructura Financiera

- Describa la estructura de alquiler propuesta, si corresponde. Incluya el alquiler base, los aumentos de tarifas anuales y cualquier porcentaje de participación en los ingresos.
- Describir la inversión de capital estimada
- Describa el modelo de compensación o tarifa administrativa del Proponente y especifique si se va a proponer después de las tasas promedio de recuperación de facturación del Departamento de Salud.

Información adicional

- Proporcione los nombres y la información de contacto completa de al menos dos (2) referencias comerciales que sean directamente relevantes para los servicios solicitados en esta RFP y una breve descripción de los servicios que brindó a cada referencia.



- Si el Proponente ha contratado con el Gobierno de Puerto Rico durante los últimos tres (3) años, indicar la instrumentalidad del Gobierno, número de contrato y una breve descripción de los servicios prestados.
- Si el Proponente ha/no ha tenido una terminación de contrato por mora en los últimos tres (3) años. Describa el incidente de resolución por incumplimiento, en su caso. Incluya los términos del incumplimiento, el nombre de la otra parte y la información de contacto. Asimismo, incluya una breve descripción de la posición del Proponente sobre el asunto.

Para permitir que el departamento de Salud realice una evaluación inicial de un posible conflicto de intereses, proporcione una breve descripción de cualquier posible conflicto de intereses que su empresa pueda tener al proporcionar los servicios en este documento, incluida cualquier descripción del trabajo que su empresa haya realizado para el Commonwealth. , el Gobierno, cualquiera de sus instrumentalidades o cualesquiera acreedores o garantes de deuda en relación con sus actividades en el Estado Libre Asociado. Indique si esta actividad se encuentra en curso y, en caso contrario, cuándo concluyó.

Envío de propuestas

Los Proponentes deberán presentar una (1) copia electrónica de la Propuesta. Todos los documentos correspondientes, incluidos formularios, archivos adjuntos y apéndices deben completarse, firmarse y devolverse con la Propuesta.

La propuesta debe presentarse en idioma español y cada página debe estar numerada secuencialmente en la parte inferior de la página. Todas las Propuestas deben cumplir con las siguientes reglas:

- Formato de archivo: PDF
- Tamaño de fuente: 12 puntos
- Márgenes: 1 pulgada
- Interlineado: espacio simple
- Tipo de papel: Blanco; 8 1/2 x 11
- Datos numéricos: sistema de medidas inglés
- Costos: dólares estadounidenses

Además, todas las Propuestas deben incluir una carta de presentación con un título que haga referencia a este RFP y la siguiente información:

- Nombre completo del Proponente
- Información de contacto de la(s) persona(s) autorizada(s) para representar al Proponente y la(s) persona(s) y negociar con el departamento de Salud con respecto a esta RFP
- Nombre de la persona o empresa que participó en la elaboración de la Propuesta
- Si el Proponente es una corporación, identifique el Estado donde está organizado el Proponente



- Certificación de que la Propuesta se presenta en respuesta a esta RFP y que permanecerá firme por un período de ciento veinte (120) días a partir de su fecha de vencimiento y, posteriormente, hasta que el Proponente desista o firme el Contrato, o la RFP sea rescindido por el departamento de Salud, lo que ocurra primero.
- Firma del Proponente o persona autorizada por resolución social.

La información proporcionada en la Propuesta debe ser precisa y completa. La información incierta, incompleta y/o incorrecta no será considerada por el Departamento de Salud. La falsificación de cualquier documento puede resultar en la descalificación del proceso de evaluación y selección o la terminación del Contrato adjudicado, si se descubre en el futuro. El Departamento de Salud se reservó el derecho de rechazar cualquier Propuesta si descubre que el Proponente a sabiendas presentó información falsa. El Departamento de Salud se reserva el derecho de dar por terminado el Contrato adjudicado si se determina que un Contrato fue adjudicado como resultado de la presentación de información falsa.

Criterios de Evaluación y Selección

Se alienta al proponente a proponer términos y condiciones que ofrezcan el máximo beneficio al Departamento de Salud. El Departamento de Salud tiene la intención de evaluar las propuestas utilizando una combinación de criterios, incluidos, entre otros, los que se describen a continuación.

- Desempeño pasado
- Costos
- Experiencia en gestión de proyectos
- Capacidad
- Cualificaciones corporativas, solidez de la gestión y recursos de personal
- Amplia experiencia en la prestación de los servicios descritos en esta RFP
- Fortaleza financiera del Proponente
- Compensación propuesta
- Solidez de las referencias

El Departamento de Salud y sus asesores examinarán y evaluarán las propuestas. La aceptación de propuestas no dará lugar a ninguna responsabilidad u obligación por parte de Departamento de Salud o sus asesores, y ningún Proponente tendrá ninguna causa de acción contra el Departamento de Salud o sus asesores que se origine por la falta de adjudicación de un contrato a cualquier Proponente, o la falta de consideración de cualquier propuesta. o cualquier gasto incurrido por un Proponente en la preparación de su Propuesta.

El Departamento de Salud se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de solicitar otras propuestas en el futuro y/o solicitar información adicional a los Proponentes para ayudar al Departamento de Salud a evaluar las Propuestas.



El Departamento de Salud se reserva el derecho de considerar todos y cada uno de los factores relacionados con la determinación de la capacidad e idoneidad del Proponente, sus respectivos agentes o representantes.

El Departamento de Salud se reserva el derecho de negociar por separado con cualquier Proponente, según sea necesario, para servir los mejores intereses del Departamento de Salud. Ninguna declaración hecha o acción tomada por Departamento de Salud durante estas negociaciones lo obligará de ninguna manera. Departamento de Salud mantendrá la confidencialidad de todas las discusiones y negociaciones.

Todas las consultas y preguntas relacionadas con este proceso de RFP deben dirigirse a Denise Marrero Santana, Directora de Oficina de Subastas, correo electrónico: subastas@salud.pr.gov. Teléfono: 787-765-2929, extensión: 4475.

El Proponente Ganador y todos los demás Proponentes cuyas Propuestas no sean seleccionadas serán notificados por correo electrónico.

Proponente exitoso

El Proponente Agraciado debe proporcionar una Garantía/Fianza de Cumplimiento como garantía del fiel desempeño de los servicios en relación con este RFP. El monto de la Fianza será determinado por Departamento de Salud y provisto mediante cheque de caja, cheque certificado o fianza emitido por una fianza o cualquier compañía de seguros autorizada para hacer negocios en Puerto Rico.

Al momento de la celebración del Contrato, el Proponente Adjudicatario deberá presentar un cronograma de entrega para la revisión y aprobación del Departamento de Salud y este se reserva el derecho de revisar el cronograma, según lo considere necesario durante la vigencia del Contrato.

El Departamento de Salud también se reserva el derecho de evaluar el desempeño de los proponentes seleccionados al menos una vez al año. Como parte de este proceso de seguimiento del desempeño, el Departamento de Salud solicitará indicadores de desempeño relacionados con la efectividad de los cobros, índices de siniestralidad (“los ratios”), rotación (“turnover”) de personal, satisfacción del cliente, manejo y resolución de reclamos y otros indicadores clave de desempeño razonables o generalmente aceptados que se especificarán en el Contrato.

Revisión y Reconsideración

Cualquier Proponente que se vea afectado negativamente por la decisión del Departamento de Salud en relación con esta RFP podrá presentar una solicitud de reconsideración de conformidad con la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017, según enmendada y los reglamentos internos del El Departamento de Salud. Cualquier petición de reconsideración debe presentarse por escrito. Se debe incluir la siguiente información:

- Nombre e información de contacto de la parte solicitante
- Exposición detallada de los motivos de la petición



- Alivio solicitado

Cualquier petición basada en supuestas especificaciones restrictivas, violaciones de leyes o reglamentos u otras supuestas irregularidades durante el proceso de RFP que sean evidentes antes de la fecha de vencimiento de la propuesta se presentará a más tardar cinco (5) días después de que los hechos se hicieron o deberían haber sido evidentes para el Proponente.

REQUISITOS DE PROPUESTAS

Contenido de la Propuesta

Portada: Se recomienda seguir el modelo del [Anejo 1](#) e incluirlo según el orden establecido en esta Guía.

Tabla de Contenido: Es la enumeración de todas las partes de la propuesta, según establecida en esta Guía. Todas las páginas deben estar enumeradas en orden cronológico.

Carta de Presentación: La propuesta debe estar acompañada por una carta de presentación que no exceda una (1) página. En la misma, se expondrá como mínimo requerido lo siguiente:

Nombre de la entidad

Años de experiencia relacionada a evaluación y análisis de estudios de necesidades

Nombre del Proyecto

Cantidad de fondos solicitados

Propósito y breve descripción del Proyecto

***La carta de presentación deberá ser dirigida a:**

***Denise Marrero Santana
Directora Oficina de Subastas***

Descripción de la Entidad: Esta descripción tiene como fin el proveer al comité evaluador la información necesaria para conocer su entidad y capacidad para realizar los servicios. Dicha descripción no debe exceder de una (1) página. Favor de seguir el modelo del [Anejo 2](#) e incluirlo según el orden establecido en esta Guía.

Justificación del Proyecto: Justifique la necesidad del servicio y cómo la entidad tiene la capacidad para lograrlo. Este análisis y justificación le permitirá al comité evaluador conocer la capacidad de la entidad para desarrollar el informe. Esta parte no debe exceder de dos (2) páginas.

Plan de Trabajo: En esta sección se debe justificar el proceso de implementación que su entidad propone seguir para desarrollar el instrumento durante el periodo de financiamiento. Detalle las actividades, descripción, entregables, periodo de tiempo, personas responsables y resultados de acuerdo con las intervenciones a realizar. Estos deberán ser medibles, realistas y lógicos. No debe exceder de cuatro (4) páginas utilizando el papel 8 ½ x 11” en orientación *Landscape*, como muestra la plantilla de *Plan de Trabajo*. Deben completar las siguientes columnas:

Actividades: Es el conjunto de tareas o acciones específicas que se llevan a cabo para lograr cada objetivo de proceso.

Descripción de las actividades: Se refiere al mecanismo o proceso (el cómo) que realizará la entidad para llevar a cabo cada actividad descrita.

Medidas de ejecución (Entregables): Se refiere a la documentación que evidencia la actividad



realizada.

Periodo de tiempo: Tiempo que se utilizará para la implementación de cada una de las actividades descritas.

Personal responsable: Personal que estará a cargo de satisfacer cada actividad para así poder lograr el objetivo.

Resultados esperados: Se refiere al resultado que se espera obtener por cada actividad realizada.

Presupuesto Narrativo: La entidad debe indicar el costo en el periodo de este contrato. Las partidas del presupuesto deben ser cónsonos con la cantidad y servicio señalado en el plan de trabajo de la propuesta sometida, de manera que los costos asociados a las actividades estén claramente presentado y justificado en el presupuesto.

Acuerdos y Compromisos de los Proponentes: Documento que debe ser firmado por la entidad con motivo de establecer los acuerdos y compromisos relacionados a la convocatoria de la propuesta de solicitud de fondos (Ver [Anejo 3](#)).

INSTRUCCIONES GENERALES

Los requerimientos de **formato** para someter la propuesta son los siguientes:

1. El cuerpo de la propuesta, incluyendo el presupuesto deben ser escritos en papel tamaño carta 8½” x 11”, orientación *Portrait* con márgenes de una pulgada en todos sus lados.
2. El cuerpo de la propuesta tiene un **límite de 20 páginas**, sin incluir los anejos, el plan de trabajo y el narrativo del presupuesto.
 - a) Someta como parte del texto una *Tabla de Contenido*.
3. El Plan de Trabajo debe ser escrito en tamaño carta 8½” x 11” en orientación *Landscape* (Ver [Anejo 3](#)).
4. El Presupuesto debe ser escrito en tamaño carta 8½” x 11” en orientación *Portrait*.
5. El texto debe ser escrito en letra *Times New Roman*, tamaño 12, a espacio 1.5.
6. La enumeración de las páginas debe ser en el extremo inferior derecho, incluyendo anejos.
7. No se aceptará información requerida de contenido de la propuesta que sea provista en los anejos.

Los requerimientos de **envío** para someter la propuesta son los siguientes:

1. El Proponente deberá entregar la propuesta acompañada de toda la documentación requerida en la **Oficina de Subastas ubicada en el Edificio H, segundo piso oficina 223. Deberá entrega 1 original, 2 copia y una copia digital en un USB (formato PDF), en o antes del 17 de marzo de 2023, hasta las 4:00 PM.**
2. Propuestas entregadas de forma presencial deberán ser impresas por un solo lado de las hojas de papel.
3. La propuesta deberá ser completada en todas sus partes y cumpliendo con todos los criterios de elegibilidad. De lo contrario, **no** será considerada.

PROCESO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN

Una vez recibidas las propuestas, se realizará un proceso de evaluación para determinar cumplimiento con los criterios de elegibilidad y con el formato provisto en esta Pliego incluyendo



todas las partes requeridas. Dichas propuestas serán evaluadas por un comité multidisciplinario que estará a cargo de determinar si las mismas cumplen con los criterios de elegibilidad y los formatos requeridos.

EVALUACIÓN PROGRAMÁTICA

En esta fase se evaluará la propuesta en todas sus partes programáticas de acuerdo con la metodología, capacidad institucional y pertinencia y relevancia de la propuesta. A su vez se evaluará el presupuesto de la propuesta a la luz de los servicios presentados para ser financiados. La escala de puntuación va de 0 a 100 puntos. El puntaje mínimo necesario para que una entidad sea considerada para financiamiento será de 70.

Partes:	Valor
1. Descripción de la Entidad	10
2. Justificación del Proyecto	10
3. Descripción del Proyecto	20
4. Plan de Trabajo	35
5. Presupuesto	25
Total	100

NOTIFICACIÓN DE ADJUDICACION

Al finalizar la evaluación programática, se notificará a los proponentes sobre la adjudicación o denegación de las propuestas sometidas para la otorgación de este contrato, mediante comunicación electrónica. En el caso de la propuesta seleccionada, además se compartirán los señalamientos y las recomendaciones identificadas y, se le solicitarán los ajustes necesarios.



Calendario e Información

Unidad Solicitante:	DEPARTAMENTO DE SALUD Hospital Universitario de Adultos (UDH) del Centro Médico de Puerto Rico
Información de Contacto:	Denise Marrero Santana 787-765-2929, ext. 4475
Número de Solicitud:	SP-2022-2023-029-UDH
Nombre de Solicitud:	Contratar los Servicios Profesionales de una Empresa, Individuo o Consultor ("Contratista") para proporcionar al Hospital Universitario de Adultos (UDH) Servicios Integrales del Manejo del Ciclo de Ingresos Hospitalarios
Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):	Servicios Profesionales
Fecha de Publicación de la Solicitud:	27 de febrero de 2023
Fecha límite para someter preguntas:	6 de marzo de 2023, hasta las 4:00 pm
Fecha límite para contestar preguntas:	10 de marzo de 2023, hasta las 4:00 pm
Someter Propuesta en la Oficina de Subastas:	Departamento de Salud Oficina de Subastas, Edificio H, Oficina 223, Segundo piso.
Fecha Límite para Someter Propuestas:	17 de marzo de 2023, hasta las 4:00 PM
Solicitud de Documentación Relacionada solicitarla a:	subastas@salud.pr.gov



ANEJO 1. PORTADA

FONDOS SOLICITADOS PARA DESARROLLO DE INSTRUMENTO	
1. Presupuesto solicitado: _____ 2. Periodo solicitado: _____	
1. Data Universal Numbering System (DUNS): _____	
2. Número Seguro Social Patronal: _____	
3. 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: _____	



ANEJO 2. 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:	



ANEJO 3. ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS PROPONENTES

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ADULTOS (UDH) DEL CENTRO MÉDICO DE PUERTO RICO

ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS PROPONENTES

Año de Financiamiento 2022-2023

1. Entiendo que esta propuesta es sólo una solicitud para competir por los fondos y que no constituye un compromiso ni una obligación del Departamento de Salud de otorgar los fondos solicitados.
2. 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.
3. Entiendo que cualquier información falsa aquí provista significará el rechazo de mi propuesta y/o terminación de mi participación en el Proyecto, aún si este hecho se descubre posterior a la fecha de aprobación de mi propuesta, o la firma del contrato.
4. Garantizo que no existe conflicto de intereses entre mi persona, o miembros de mi entidad, y el Departamento de Salud o sus empleados.
5. Entiendo que como proponente asumiré todos los costos de la preparación de esta solicitud de fondos.
6. Entiendo y acepto que, de no entregar los documentos requeridos en el término señalado, 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