



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 a la 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.

**SOLICITUD DE FONDOS PARA AGENCIAS COORDINADORAS
PARA OFRECER SERVICIOS MEDULARES Y DE APOYO A LA
POBLACIÓN CON DIAGNÓSTICO POSITIVO A VIH, DE ACUERDO
CON LA PARTICULARIDAD DE CADA ÁREA GEOGRÁFICA
PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP
Año Fiscal: 1 de abril de 2024 al 31 de marzo de 2025**

**Fecha de publicación de la Notificación de la Necesidad del Servicio: 23 DE JUNIO DE 2023
Fecha límite para entrega de la propuesta: 21 DE JULIO DE 2023**

NOTA: NO HABRÁ PRÓRROGA PARA LA ENTREGA DE LA PROPUESTA

A. INTRODUCCIÓN

La Ley Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 (Ley Ryan White), es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990, enmendada subsecuentemente en los años 1996, 2000, 2006 y 2009. Esta ley va dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH en sus diferentes etapas incluyendo SIDA, servicios para el cuidado de la salud y de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (“*continuum of care*”). La Ley Ryan White proporciona fondos federales para desarrollar e implementar sistemas de servicios para apoyar la salud y el tratamiento de las personas con diagnóstico positivo a VIH.

El objetivo principal de la Ley Ryan White es complementar los servicios existentes a través de proveedores que muestren evidencia de su capacidad para atender personas con diagnóstico positivo a VIH y que tengan una estructura administrativa sólida para llevarlos a cabo de manera eficiente.

Los servicios subvencionados con fondos de la Ley Ryan White tienen el propósito de que las personas con diagnóstico positivo de VIH tengan acceso igual a servicios de calidad de manera que sostengan un nivel óptimo de salud. Los servicios financiados bajo esta ley deben tener un costo razonable, según lo dispone la Oficina Federal de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés).

Al igual que otros problemas de salud, el VIH afecta desproporcionalmente a personas de bajos ingresos, siendo la mayoría pertenecientes a grupos de minorías raciales y otros individuos que no reciben servicios adecuados por parte de los sistemas de prevención y cuidado de salud. La Ley Ryan White pretende llenar las brechas en los servicios de cuidado para la salud no cubiertas por otras fuentes de fondos. Los usuarios que con gran probabilidad utilizarán los servicios disponibles a través de la Ley Ryan White incluyen personas que carecen de un seguro médico privado o gubernamental (Vital o Medicaid), o que el mismo no cubre todas las necesidades de salud.

La Ley Ryan White establece que estos fondos son de emergencia, por lo que no pueden ser utilizados para sustituir fondos asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas u otros tipos de aseguramiento, tales como Medicaid/Medicare, programas locales o estatales o seguros médicos privados. Por lo tanto, “los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White.” [Secc 2612 (b)(7)(F)].

El Departamento de Salud de Puerto Rico recibe estos fondos para suplir la prestación de servicios a médico-indigentes con diagnóstico positivo a VIH en el país. La Ley Ryan White provee los recursos necesarios para que el propio Departamento de Salud y entidades privadas sin fines de lucro, entre las cuales se encuentran las **Agencias Coordinadoras** y otros proveedores, ofrezcan servicios necesarios a la población con diagnóstico positivo a VIH, de acuerdo a la particularidad de cada área geográfica.

B. PROPÓSITO DE LOS FONDOS

Las actividades subvencionadas por la Ley Ryan White; se fundamentan en lo establecido en la Estrategia Nacional para el VIH y SIDA (NHAS, por sus siglas en inglés), y en la iniciativa del Continuo de Cuidado del VIH, que fue incorporada en el NHAS en la revisión y actualización realizada en el 2015 y que tuvo vigencia hasta el año 2020. En febrero de 2019, se lanzó la iniciativa *Ending the HIV Epidemic (EHE): A Plan for America* dirigida a las jurisdicciones o áreas severamente afectadas por el VIH; incluyendo a San Juan de Puerto Rico. La meta de esta iniciativa es reducir en un 75% las nuevas transmisiones de VIH en cinco años y alcanzar al menos un 90% de reducción en 10 años; al 2030. Esta iniciativa está cimentada en cuatro pilares: 1) diagnosticar todas las personas con diagnóstico positivo a VIH tan temprano como sea posible luego de la transmisión, 2) tratar el VIH rápidamente y efectivamente para lograr sostener una carga viral suprimida, 3) prevenir nuevas transmisiones de VIH utilizando intervenciones potentes y probadas, incluyendo profilaxis pre-exposición (PrEP) y programas de servicios de jeringuillas (SSPs), 4) responder rápidamente a los crecientes nichos (*clusters* o grupos geográficos) con mayor incidencia y prevalencia de VIH con el fin de prevenir nuevas transmisiones de VIH. Además, como parte de los esfuerzos para erradicar la epidemia del VIH, el 15 de enero de 2021 el gobierno federal aprobó el Plan Estratégico Nacional de VIH 2021-2025 el cual va dirigido a todos los Estados Unidos y sus territorios. Este plan también tiene como objetivo reducir en diez años las nuevas infecciones por el VIH; a un 75% en el 2025 y en un 90% para el 2030. Tiene cuatro metas principales, a saber: 1) prevenir nuevas infecciones, 2) mejorar los indicadores de salud relacionados a las personas con diagnóstico de VIH, 3) reducir las disparidades y desigualdades de salud relacionadas al VIH, y 4) lograr esfuerzos integrados y coordinados que aborden la epidemia del VIH entre todas las partes vinculadas. Para más detalle se puede consultar el Plan Estratégico Nacional de VIH en el siguiente enlace: <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2021/11/National-HIV-AIDS-Strategy.pdf>

Puerto Rico en cumplimiento con los requisitos de la guía publicada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recientemente sometió en diciembre del 2023 a las antes mencionadas agencias federales su versión más reciente del Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en PR, 2022-2026. El mismo ofrece una continuidad a las actividades y estrategias incorporadas en el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH para Puerto Rico 2017-2021 y se puede acceder en español a través del siguiente enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/7360> Tomando en consideración las necesidades identificadas y el contexto actual de Puerto Rico, se establecieron cuatro metas las cuales también están enmarcadas en las metas de la Estrategia Nacional de VIH 2022-2025 y los pilares de Ending the HIV Epidemic, a saber: 1) prevenir nuevas transmisiones de VIH utilizando intervenciones probadas, 2) diagnosticar todas las personas con VIH lo más pronto posible, 3) tratar a las personas con diagnóstico positivo al VIH de forma rápida y eficaz para lograr una supresión vírica sostenida y 4) responder de manera coordinada e integrada a la sindemia del VIH.

El Programa Ryan White Parte B/ADAP es responsable de la administración de los fondos de la Ley Ryan White en el Departamento de Salud, y de realizar monitorías programáticas y fiscales a los subrecipientes de estos fondos federales. Por tanto, los servicios propuestos deben basarse en el Plan Estratégico Nacional de VIH 2021-2025, la iniciativa de EHE y el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH para Puerto Rico 2022-2026, el perfil epidemiológico de VIH de Puerto Rico y las estadísticas más recientes del VIH y el SIDA por las respectivas regiones de salud de Puerto Rico.

C. FECHA LÍMITE PARA ENTREGAR LA PROPUESTA

La fecha límite para la entrega de las propuestas **(un (1) original, dos (2) copias, y una (1) copia digital en pdf USB)**, con los documentos requeridos será en o antes del **21 de julio de 2023, hasta las 4:00 PM.** Las propuestas pueden ser entregadas personalmente o por un carrero en la **Oficina de Subastas del Departamento de Salud** localizada en el segundo piso del Edificio H del Departamento de Salud, Oficina #223, Rio Piedras, Puerto Rico.

Las propuestas que se reciban luego de la hora y día anteriormente indicados no serán consideradas para evaluación y adjudicación de fondos.

Una vez sometida su propuesta y cumplida la fecha límite de entrega, la misma no podrá ser modificada hasta tanto sea evaluada y así se le requiera.

D. ADJUDICACIÓN DE FONDOS

Al momento de la entrega de esta Guía, el Departamento de Salud no ha recibido el otorgamiento de fondos federales correspondientes para el año 2024-2025. Los fondos finales a ser distribuidos están sujetos al otorgamiento y disponibilidad de los fondos federales que se reciban, así como a las prioridades de servicios de salud establecidas en el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH para Puerto Rico 2022-2026, la guía de propuesta de la *Health Resources and Services Administration* (HRSA) y la guía más reciente disponible para el tratamiento y servicios de salud pública dirigidos a adolescentes y adultos.

Las solicitudes de propuestas recibidas no representan un compromiso u obligación del Departamento de Salud para aprobar y otorgar fondos a las agencias coordinadoras proponentes. El otorgamiento de fondos dependerá de la evaluación de la propuesta y los fondos disponibles al momento de la asignación final del presupuesto.

E. PREGUNTAS

Preguntas sobre la preparación de la propuesta deben ser dirigidas a subastas@salud.pr.gov no más tarde del **5 de julio de 2023** mediante el correo electrónico.

SECCIÓN I CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para presentar la propuesta deberá cumplir con cada uno de los siguientes criterios de elegibilidad:

1) ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO

Deberá ser una organización sin fines de lucro incorporada en el Departamento de Estado, que haya estado ofreciendo o coordinando servicios clínicos y/o de apoyo a personas con diagnóstico positivo a VIH por al menos cinco años en Puerto Rico, con accesibilidad en el área geográfica donde propone prestar servicios. Para ello al momento de la contratación, de esta ocurrir, deberá someter una copia certificada de incorporación de la entidad y una copia certificada del *Good Standing* más reciente emitido por el Departamento de Estado de Puerto Rico. Asimismo, en ese momento de contratación

se constatará que la agencia está debidamente registrada en el *System for Award Management (SAM)* y que ha actualizado su información anual en cumplimiento con el *Federal Funding Accountability and Transparency Act*.

2) JUNTA DE DIRECTORES

La organización debe tener una Junta de Directores debidamente constituida. Deberá presentar información y credenciales de los miembros actuales de su Junta de Directores.

3) UBICACIÓN GEOGRAFICA

La organización o entidad interesada en solicitar fondos deberá tener instalaciones o centro de servicios ubicados en uno de los municipios de la región para la cual interesa solicitar fondos. De lo contrario será descalificada del proceso. Además, la organización seleccionada brindará servicios a **todas** las personas elegibles de los municipios que comprenden la región a la cual está solicitando servir y que requieran los servicios contenidos en esta propuesta; independientemente del centro clínico en que reciben su tratamiento de VIH. Es decir, **no** se permitirán propuestas que únicamente contemplen servicios a los participantes que actualmente se sirven en la organización proponente. A continuación, se presentan los municipios que comprenden cada región geográfica.

REGIÓN	MUNICIPIOS
Arecibo	Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja
Bayamón	Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta
Caguas	Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa
Fajardo	Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques
Mayagüez	Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián
San Juan	Guaynabo, San Juan, Canóvanas, Loíza, Carolina y Trujillo Alto
Sur	Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Yauco, Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba

4) FONDOS DISPONIBLES

Junto a la propuesta se deberá presentar evidencia certificada de una institución financiera, o de la entidad indicando que la organización tiene una línea de reserva, o crédito por parte de proveedores o suplidores, o fondos base no comprometidos disponibles para operación **por al menos \$15,000.00**.

5) AUDITORÍAS

Las organizaciones proponentes deberán cumplir con lo dispuesto en el **45 CFR 75.501**, sección titulada *Audit Requirements*, para someter y presentar copia certificada como fiel y exacta al original de una **auditoría externa sencilla (Single Audit) correspondiente al año anterior 2022-2023, a la presentación de esta propuesta**, siempre y cuando la organización proponente tenga gastos de **fondos federales combinados de \$750,000 o más** (esto según definido en las secciones 75.501, 75.501(a) y 75.501(b)). De la auditoría reflejar señalamientos, la organización presentará junto a estos un plan de acción correctiva junto con la propuesta. La auditoría deberá ser de los gastos en fondos federales correspondientes al año 2022, año previo a la presentación de esta propuesta de servicios para el FY 2024-2025. Organizaciones con gastos en fondos federales combinados menores de \$750,000.00 estarán exentas de cumplir con la realización y presentación del *Single Audit* (sección 75.501(d)).

Para aquellas organizaciones que estén exentas de cumplir con el *Single Audit*, deberán someter estados financieros auditados que incluya cada uno de los fondos que recibe la organización.

6) OTROS REQUISITOS

Además de los criterios de elegibilidad antes mencionados, se espera que la organización cumpla con los estipulados a continuación.

- La organización proponente no puede formar parte de la lista de proveedores excluidos de HRSA.
- La organización deberá estar registrada en SAM.gov y contar con un Unique Entity ID (UEI) asignado para poder aplicar y participar de asignaciones federales.
- La organización deberá registrarse en el Registro Único de Proveedores (RUP) y cumplir con los requerimientos de dicho registro.
- La organización debe haber coordinado servicios de salud y/o de apoyo en Puerto Rico a personas con diagnóstico positivo a VIH por al menos cinco años consecutivos.
- La organización no puede tener deudas con el Departamento de Hacienda, ni con el Centro de Recaudaciones de Ingresos Municipales, o de tenerlas, debe existir un plan de pago.

- La organización debe estar dispuesta a recibir una visita presencial, previo a la selección del proponente para evaluar: accesibilidad de la organización a través de diversos medios de transportación, condición de su estructura física, estacionamiento, cumplimiento con leyes federales como la Ley ADA, espacios privados para salvaguardar la confidencialidad e infraestructura, entre otros.

SECCIÓN II REQUERIMIENTOS DE LA LEY RYAN WHITE, HRSA Y EL DEPARTAMENTO DE SALUD

Las organizaciones o entidades seleccionadas, como **Agencias Coordinadoras**, deberán cumplir con cada uno de los siguientes requerimientos.

1) SERVICIOS PROGRAMÁTICOS DE RYAN WHITE HIV/AIDS: INDIVIDUOS ELEGIBLES Y USO DE FONDOS PERMITIDOS SEGÚN LA *POLICY CLARIFICATION NOTICE (PCN) #16-02 Revisada: 10/22/2018*

SERVICIOS MEDULARES DE SALUD	SERVICIOS DE APOYO
Servicios de Salud Ambulatorios	Manejo de casos no clínico
Asistencia en Medicamentos de SIDA	Servicios de cuidado para niños
Asistencia Farmacéutica en Medicamentos de SIDA	Asistencia económica de emergencia
Salud Oral	Banco de Alimentos/Comida a domicilio
Servicios de Intervención Temprana	Educación en Salud/ Reducción de Riesgo
Asistencia para el pago de primas de seguros de salud y costos compartidos o <i>cost-sharing</i> para individuos de bajos recursos económicos	Vivienda Temporera
Cuidado de Salud en el Hogar	Servicios Lingüísticos
Terapia Médico Nutricional	Transportación Médica
Servicios de Hospicio	Otros Servicios Profesionales
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	Alcance Comunitario
Servicios de Salud Mental	Servicios de Apoyo Psicosociales
Tratamiento Ambulatorio por Abuso de Sustancias	Referidos a Servicios de Cuidado de Salud y Apoyo
Manejo de Caso Clínico, incluyendo servicio en adherencia	Servicios de Rehabilitación
	Cuidado de Respiro
	Servicios de Abuso de Sustancias Residencial

De los antes mencionados, los siguientes servicios son los que se evaluarán para propósito de esta notificación de necesidad de servicios y deberán cumplir con las definiciones y requerimientos establecidos en el PCN: #16-02 (https://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/program-grants-management/ServiceCategoryPCN_16-02Final.pdf).

Servicios que serán subvencionados por el Programa Ryan White Parte B en el FY 2024-2025 y para los cuales estará aceptando propuestas y solicitud de fondos

SERVICIOS MEDULARES DE SALUD	SERVICIOS DE APOYO
Servicios de Salud Ambulatorios	Manejo de Casos No Clínico
Cuidado de Salud Oral	Asistencia Económica de Emergencia
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	Banco de alimentos/Comida a domicilio
Terapia Médico Nutricional	Vivienda Temporera
	Transportación Médica

2) CareWare

El “HIV/AIDS Bureau” (HAB) ha desarrollado un programa CareWare 6.0, libre de costo, para la entrada de los datos necesarios para completar el Ryan White HIV/AIDS Program Services Report (RSR). El uso de este programa es requisito para todos los recipientes de fondos de Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009, de manera que en él se registren todos los servicios provistos a los clientes¹, pagados con los fondos asignados por el Programa Ryan White Parte B. El Programa Ryan White Parte B facilita una guía y adiestramientos para cumplir con este requerimiento.

A través del programa CareWare, se:

- Generan los informes solicitados y requeridos por HRSA;
- Crea un reporte de resultados/logros en términos de CD4, carga viral, frecuencia de citas médicas, terapias antirretrovirales, entre otra información requerida para cumplir con las medidas de calidad;
- Entra la información relacionada a los costos y unidades de servicio;

¹ En esta Guía se utiliza el término cliente/s porque es el que usa HRSA en su PCN #16-02.

- Genera el Ryan White HIV/AIDS Program Services Report (RSR);
- Generan informes trimestrales de cumplimiento con los indicadores de calidad no-clínicos/apoyos relacionados con los servicios ofrecidos a través de las **Agencias Coordinadoras** que son subvencionados con fondos Ryan White Parte B; y
- Monitorea y se ofrece seguimiento al nivel de ejecución/desempeño con respecto a los indicadores de calidad para servicios no-clínicos/apoyo que la agencia propone ofrecer.

3) PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD (QUALITY MANAGEMENT PLAN)

Para el cumplimiento de esta sección se orientará a la agencia seleccionada de lo requerido una vez el contrato haya sido suscrito. Es decir, en lo que respecta a los indicadores de calidad específicos una vez comenzado el año fiscal, se le proveerá a la agencia seleccionada la información detallada para evaluar la ejecución de estos indicadores. Ahora bien, sí se le solicitará un contenido mínimo para que la agencia someta un Plan de Calidad. Este contenido se detallará en la sección que le corresponde que se encuentra más adelante en esta Guía (Sección VI, I). No obstante, lo que se presenta a continuación es para propósitos informativos.

La calidad es el grado en que un servicio de salud, psico-social y/o de apoyo alcanza o excede los estándares profesionales establecidos que están vigentes al momento de la prestación del servicio y las expectativas de los clientes. A tal efecto, podemos concluir que la calidad de cuidado es el grado en que los servicios de salud ofrecidos a personas o poblaciones aumentan la posibilidad de obtener resultados de salud deseados y que sean consistentes con el conocimiento profesional aceptado al momento. La Ley Ryan White tiene como **requisito** el establecimiento de un programa de mejoramiento de calidad que evalúe la medida en que los servicios provistos a los clientes con la condición de VIH son consistentes con las guías más recientes del Servicio de Salud Pública (PHS guidelines) para el tratamiento del VIH y condiciones oportunistas relacionadas; y cuando aplique, desarrolle estrategias para asegurar que los servicios son consistentes con las guías para mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de VIH. Esto implica que los servicios que se proveen a las personas con diagnóstico positivo a VIH bajo los fondos de la Ley Ryan White deben ser consistentes con las guías más recientes del Servicio de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de VIH y enfermedades oportunistas asociadas. El propósito de los programas de calidad es mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud para clientes con VIH, mediante:

- ✓ La adherencia de los proveedores de servicios médicos a los estándares profesionales establecidos en las guías del PHS para el manejo de los clientes con VIH en cualquiera de sus etapas, incluyendo SIDA.
- ✓ La inclusión de servicios de apoyo, dentro de los esfuerzos para mejorar la calidad del servicio médico, que ayuden al acceso y adherencia al cuidado médico para VIH.
- ✓ La utilización de la información demográfica y clínica para monitorear las características relacionadas al VIH y SIDA, las tendencias epidemiológicas de la enfermedad, y las disparidades en utilización, supresión de carga viral y otros elementos relacionados al continuo de cuidado para el VIH.

Por lo antes mencionado, las **Agencias Coordinadoras** proveedoras de servicios financiados bajo la Parte B de la Ley Ryan White, deberán estar dispuestas a incorporar procedimientos para facilitar y promover el cumplimiento con lo establecido en las guías del PHS y a ser evaluadas bajo esos términos. Las guías del PHS son utilizadas para dirigir los servicios de cuidado médico primario particularmente las terapias antirretrovirales, los laboratorios para el monitoreo de la condición y el seguimiento del médico primario. Las guías de tratamiento pueden ser localizadas en la siguiente página electrónica: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines>

Aunque según especificado previamente, el proponente no tendrá que someter documentación relacionada con los indicadores de calidad como parte de su propuesta, a continuación, se detalla lo que se requerirá de parte de los proponentes seleccionados para el componente de calidad.

I. Plan Operacional de Manejo/Administración de Calidad (requisitos mínimos)

- Meta - Incluya por lo menos una meta.
- Objetivos – Los objetivos deben ser específicos, medibles y cuantificables.
 - Cumple con tener al menos un (1) objetivo para cada uno de los **indicadores** que fueron definidos por el Programa Ryan White Parte B/ADAP para las Agencias Coordinadoras.
- Indicadores de Calidad – Los indicadores del año fiscal 2024-2025 fueron operacionalizados de la siguiente forma:

Indicador de Calidad	Numerador	Denominador
Referidos Completados Iniciados en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)	% de clientes que completaron referidos realizados por los manejadores de casos clínicos de los CPTETs hacia la agencia coordinadora registrados en el	Referidos realizados por los manejadores de casos clínicos de los CPTETs hacia la agencia coordinadora registrados

Indicador de Calidad	Numerador	Denominador
	módulo de referidos de CareWare.	en el módulo de referidos de CareWare.
Plan de Cuidado	% de clientes con diagnóstico de VIH que recibieron servicios de manejo de caso no clínico a los que se les desarrolló y/o actualizó su plan de cuidado al menos dos (2) veces durante el año de medición.	% de clientes con diagnóstico de VIH que recibieron servicios de manejo de caso no clínico
Determinación de Elegibilidad	% de clientes nuevos que cumplen con que se les haya realizado la determinación de elegibilidad; de forma que puedan recibir los servicios subvencionados con fondos de RWB a través de las ACs	Clientes nuevos identificados en el CareWare
Confirmación de Elegibilidad	% de clientes de seguimiento que cumplen con que se les haya confirmado su elegibilidad en al menos una (1) ocasión, durante el periodo de medición	Clientes activos que recibieron servicios de manejo de caso no clínico
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	% de clientes con diagnóstico positivo al VIH que recibieron el servicio de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad que cumplen con tener el plan de cuidado específico de esta categoría de servicio y con tener un Plan de Cuidado Individualizado debidamente actualizado en al menos dos (2) ocasiones en el año, durante el año de medición.	Clientes que han recibido el servicio de cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad durante el periodo de medición.
Suplementos Nutricionales	% de clientes con diagnóstico positivo al VIH que recibieron suplementos nutricionales que cumplen con tener una evaluación nutricional por un nutricionista-dietista licenciado o un referido médico para suplementos nutricionales y cumplen con que se les haya actualizado su Plan de Cuidado Individualizado en al menos dos (2) ocasiones en el año, durante el año de medición	Clientes que han recibido el servicio de suplementos nutricionales durante el periodo de medición.
Transportación Médica	% de clientes con diagnóstico positivo al VIH que recibieron transportación médica y cumplen con que se les haya actualizado su Plan de Cuidado Individualizado en al menos dos (2) ocasiones en el año, durante el año de medición	Clientes que han recibido el servicio de transportación médica durante el periodo de medición.
Servicios de Salud Ambulatorios	% de clientes con diagnóstico positivo al VIH que recibieron servicios de salud ambulatorios y cumplen con que se les haya actualizado su Plan de Cuidado Individualizado en al menos dos (2) ocasiones en el año, durante el año de medición	Clientes que han recibido el servicio de salud ambulatorio durante el periodo de medición.
Asistencia Económica de Emergencia	Personas con diagnóstico positivo al VIH que recibieron asistencia económica de emergencia y cumplen con que se les haya actualizado su Plan de Cuidado Individualizado en al menos dos (2) ocasiones en el año, durante el año de medición	Clientes que han recibido el servicio de asistencia económica de emergencia durante el periodo de medición.

- d. Persona responsable - Identifique persona/s responsable/s del logro de cada uno de los objetivos establecidos en el Plan de Calidad.
- e. Fecha de alcance del objetivo - Indique la fecha en que estima haber logrado o alcanzado el objetivo.

El Programa ofrecerá orientación a los proponentes seleccionados que sean subvencionados por primera vez por Parte B, para que puedan cumplir con lo antes descrito durante la vigencia del contrato.

4) MUJERES, INFANTES, NIÑOS Y JÓVENES (WICY)

La Ley Ryan White requiere a todos los recipientes de fondos de dicha Ley, que provea servicios y monitoree los gastos para cada una de las poblaciones de infantes, niños, jóvenes y mujeres con diagnóstico positivo de VIH/SIDA estableciendo un por ciento total agregado de estas poblaciones en **31.62%** en Puerto Rico (Number of Women, Infants, Children and Youth Living with HIV non AIDS and AIDS as of December 31, 2020 for States), el cual se distribuye a continuación:

○ Mujeres (Women) – Mujeres en general	30.22%
○ Infantes (Infants) - Menores de 2 años	0.00%
○ Niños (Children) - Entre 2 a 12 años	0.01%
○ Jóvenes (Youth) - Entre 13 y 24 años de edad	1.40%

Por lo antes expuesto, las agencias coordinadoras recipientes de fondos de la Ley Ryan White Parte B deberán estar disponibles para someter información relacionada con los gastos incurridos en la prestación de servicios a cada una de estas poblaciones.

5) PUNTOS DE ENTRADA

Los puntos de entrada se refieren a las relaciones de referidos. Es necesario documentar los puntos de entrada o relaciones de referidos con otras organizaciones y entidades privadas al sistema de cuidado de salud para personas con diagnóstico positivo a VIH. La documentación de estas relaciones de referido deberá estar disponible para ser revisada tanto por el personal del Programa Ryan White Parte B; así como, por personal del “*Health Resources and Services Administration*” (HRSA), durante sus visitas oficiales. Si las agencias coordinadoras bajo los fondos de Parte B mantienen alguna relación de referido con un punto de entrada al sistema de cuidado continuo de salud (“continuum of care”), es necesario que la misma sea puesta por escrito y presentada en la propuesta. Algunos ejemplos de puntos de entrada son: salas de emergencia, programas de abuso de sustancias, programas de desintoxicación, facilidades de detención de jóvenes y/o adultos, clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), centros de salud, centros de pruebas de detección, consejería para VIH, programas de salud mental, programas de personas sin hogar, programas de servicios sociales, programas de distribución de alimentos y programas de rehabilitación, entre otros.

6) ACUERDOS COLABORATIVOS

Los acuerdos colaborativos incluyen los procesos intencionales de dos o más organizaciones para alcanzar objetivos específicos en común y/o complementarios, incluyendo las herramientas para apoyar y facilitar el trabajo. Estos acuerdos colaborativos deberán ir dirigidos a mejorar y reforzar la búsqueda y entrada de los clientes al continuo de cuidado de la salud. La organización deberá desarrollar un plan de colaboración a través del cual documentará la implementación de los acuerdos colaborativos y los beneficios que aporta en la atención de la salud de los clientes. Los acuerdos serán evaluados como parte del proceso de monitoría. Por tanto, la agencia deberá asegurarse de tenerlos actualizados para ese momento.

7) PAGADOR DE ÚLTIMO RECURSO Y PARÁMETROS DE BUEN DESEMPEÑO

Los recipientes de los fondos de la Ley Ryan White no podrán utilizar dichos fondos para proveer servicios cuyos pagos ya han sido realizados o que razonablemente se espera se hagan, por terceros pagadores, incluyendo Vital, Medicare o planes de salud privados. No obstante, podrán utilizar solamente los fondos otorgados bajo la ley Ryan White, siempre y cuando hayan agotado los recursos existentes para el servicio solicitado a través de otros programas de aseguramiento. Para todo servicio solicitado por un/a cliente que se considere pudiera ser provisto por el plan médico del cliente, se debe obtener una negativa de dicho plan. Es responsabilidad de la agencia asegurarse de solicitar esta evidencia cuando la misma proceda.

Es responsabilidad del recipiente de los fondos asegurarse que los individuos que puedan ser elegibles para recibir servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno (Vital) estén debidamente registrados y certificados como elegibles, así como a cualquier otro seguro médico al que sea elegible como, por ejemplo, Medicare, CHIP, planes médicos subvencionados por el patrono, entre otros. El estatus del cliente debe ser documentado en su expediente para que conste su elegibilidad para los servicios a través de los fondos Ryan White Parte B. Si el cliente es una persona sin hogar, debe documentarlo en el expediente del cliente mediante una certificación del manejador de caso al momento de ingresarlo al Programa. Los documentos pertinentes para evidenciar la elegibilidad del cliente deben ser actualizados anualmente. Esto es un requisito de estricto cumplimiento.

8) HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)

La ley federal HIPAA requiere que se realicen esfuerzos administrativos para regular las transacciones electrónicas y los estándares de privacidad y seguridad para el manejo de información de salud de los individuos. Esta ley aplica a todo proveedor de servicios de salud, *Clearinghouse* o plan médico que facture electrónicamente. La mayoría de los proveedores de Ryan White están sujetos a la sección conocida como *Administrative Simplification* por lo que estarán obligados a hacer ciertos ajustes administrativos para cumplir con la ley. Para mayor información visitar la página electrónica <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Administrative-Simplification/HIPAA-ACA/PrivacyandSecurityInformation>

9) POLÍTICA Y CERTIFICACIONES DE TIEMPO Y ESFUERZO (TIME & EFFORT POLICY AND CERTIFICATIONS)

El Programa Ryan White Parte B requiere a toda agencia coordinadora sub-recipientes de fondos que cuente con una Política de Registro de Tiempo y Esfuerzo y las Certificaciones que evidencien que cumple con dicha política, conforme lo establece el **45 CFR 75.430 (i) y (8)**. Por tanto, toda propuesta tiene que acompañar dicha política y las certificaciones correspondientes. ***Este es un requerimiento de estricto cumplimiento***. No se ofrecerán formatos para esta Política y Certificación de parte del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Sin embargo, para más información sobre este requerimiento puede consultar la **45 CFR 75.430 (i) y (8)**. Es importante resaltar que el registro y certificaciones de esta política deben ser por actividades y tareas, no exclusivamente por el tiempo. Se debe establecer claramente un margen de error permitido y el tiempo que debe transcurrir para evaluar el mismo, previo a que implique un ajuste en la facturación. Las personas que cobran por otros fondos adicionales sean estos estatales, ingresos propios o federales, deben reflejar las actividades y tiempo que realiza para todas las fuentes de fondos incluyendo la de Parte B, en cuyo caso se debe observar claramente la distribución por fondo que totalice el 100%. Los por cientos descritos, deben ser cónsonos o uniformes con los informados en el presupuesto sometido en el contrato. El propósito fundamental que regula el 45 CFR 75.430 (i) y (8) es asegurar que los cargos hechos a fondos federales, en este caso a los fondos Ryan White Parte B, por concepto de salarios están basados en el registro más certero del trabajo o la actividad realizada. Tiene que estar sustentado este registro por un sistema de controles internos que aseguren que los cargos son certeros, permitidos y apropiadamente asignados al fondo correspondiente, en este caso a Ryan White Parte B.

10) REEMBOLSO DE TERCEROS

Es un requisito de la Ley Ryan White que las entidades que reciban fondos tengan una política que asegure que se hace el máximo esfuerzo para cobrar todo servicio cubierto por otra fuente de pago (no el cliente) como *Medicare* y planes médicos públicos o privados. La institución debe generar un catálogo de precios para todos los servicios e identificar las fuentes de pago disponibles para cada servicio. De aplicar, la organización debe crear un sistema de cobro y facturación con recursos humanos adiestrados para llevar a cabo el proceso de cobro en el periodo establecido. El reembolso de terceros asegura que la agencia ha facturado los servicios a la fuente de pago pertinente y que los fondos Ryan White son utilizados como pagador de último recurso.

11) FONDOS SOBRANTES

La Ley Ryan White establece penalidades que resultarán en reducciones a futuros otorgamientos de fondos a aquellos recipientes que al final del año fiscal tengan un balance (sobrante) de un 5% o más de los fondos otorgados durante ese periodo, y estén siendo considerados para una subvención el próximo año fiscal. Como consecuencia de este requerimiento legal, el Departamento de Salud a través del Programa Ryan White Parte B/ADAP, a su vez, requiere a las organizaciones que le otorgue fondos de Ryan White Parte B, el cumplimiento cabal con dicha política. Por tanto, se les requerirá el ***uso efectivo*** de los fondos otorgados de manera que no haya sobrantes al final del año fiscal.

12) PRESENTACIÓN DE FACTURAS

La organización o entidad proponente ***deberá comprometerse*** a someter ***mensualmente*** las facturas de servicios prestados dentro de los ***diez días subsiguientes al mes vencido especificando los gastos***, acompañada de una ***certificación que especifique que los servicios prestados en virtud del contrato que se establezca no han sido ni serán facturados a otras entidades (federales, estatales, municipales y/o privadas)***. La factura deberá estar certificada por el Director Ejecutivo o su representante autorizado por la Junta de Directores y acompañada de evidencia de los servicios prestados, de conformidad con el Plan de Servicios aprobado para el proyecto, el cual será parte del contrato. Además, ***la factura deberá estar acompañada de un reporte del CareWare que especifique los clientes servidos y los servicios prestados durante el mes de facturación***. La organización o entidad deberá orientar y establecer en los contratos con sus proveedores de servicios para que presenten sus facturas en un periodo no mayor de cinco días después del mes vencido en el cual prestaron los servicios para los que fueron sub-contratados. Además, ***se debe tener presente que no se permitirán más de dos enmiendas adicionales a la factura mensual original***. Se exhorta a

utilizar la Guía de Facturación para las Agencias Coordinadoras del Programa Ryan White Parte B/ADAP para referencia de lo permitido en el proceso de facturación.

SECCIÓN III USOS NO PERMITIDOS DE FONDOS DE LA LEY RYAN WHITE

Los fondos otorgados bajo la Ley Ryan White **NO** pueden ser utilizados para:

1. Realizar pagos directos en efectivo a los beneficiarios de los servicios.
2. Costear los gastos de operación de las pruebas clínicas de tratamientos o agentes experimentales (incluyendo la gestión administrativa o el seguimiento médico del cliente).
3. Actividades recreacionales o sociales o pago de membresías para gimnasios.
4. Compra de enseres electrodomésticos para el hogar.
5. Pagos para compra de profilaxis Pre (PrEP) y Post Exposición.
6. Actividades de cabildeo relacionadas con influenciar o intentar influenciar miembros del Congreso u otro personal federal (*lobbying*).
7. Sufragar gastos de funeral, sepultura, cremación o gastos relacionados
8. Sufragar gastos de mantenimiento (neumáticos, reparaciones, etc.) de vehículos particulares, u otro tipo de gastos relacionados con un vehículo, como el pago de cuotas de alquiler o del préstamo, el seguro o la licencia. Esta restricción no aplica a vehículos utilizados por organizaciones para actividades programáticas.
9. Defensa en un caso criminal o demandas no relacionadas con el acceso a servicios elegibles.
10. Pagar impuestos locales o federales sobre propiedades privadas (residencias, automóviles particulares, u otro tipo de propiedad personal sobre las que gravan impuestos).
11. Adquisición de comida o artículos para animales (mascotas).
12. Compra de ropa o vestimenta.
13. Programas de intercambio de jeringuillas o apoyar programas o materiales diseñados a promocionar o directamente promover el uso de drogas intravenosas o actividad sexual sea esta homosexual o heterosexual.
14. Desintoxicación de clientes en instalaciones hospitalarias.
15. Subvencionar empleos, rehabilitación vocacional o servicios de preparación para empleos.
16. Subvencionar programas de búsqueda de casos que promuevan exclusivamente consejería y pruebas de VIH y/o campañas dirigidas al público en general cuyo único propósito sea la educación en prevención del VIH.
17. Pago de hipotecas.
18. Cuentas bancarias que ***generen intereses mayor de \$500.00*** por año programa. De tener intereses mayores a los \$500, la agencia deberá devolver este dinero al Programa Ryan White Parte B/ADAP.
19. Compra, construcción o mejoras permanentes de edificios, terrenos u otras facilidades.
20. Compra de vehículos sin autorización del *Grants Management Officer de HRSA*.
21. Viajes internacionales (fuera de Estados Unidos).
22. Servicios ofrecidos a personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad de Ryan White Parte B.

SECCIÓN IV INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA PREPARACIÓN DE LA PROPUESTA

Esta sección provee las instrucciones para la preparación y el formato a seguir en la propuesta. Provea y complete la información en formato de tablas y formularios requeridos en las diferentes secciones de la guía.

1. Asegúrese de que la información provista en las tablas o formularios sea consistente con el narrativo y con la información en otras tablas. Evite las inconsistencias internas.
2. La letra a utilizar en el documento debe ser de doce (12) caracteres por pulgada a espacio sencillo.
3. Se deberá incluir una Tabla de Contenido identificando todas las partes de su propuesta.
4. **Todas las páginas deberán ser enumeradas consecutivamente incluyendo las tablas y los apéndices.**
5. Deberá someter un original, dos (2) copias, y una copia digital en pdf (USB).
6. No encuaderne ni grape la propuesta.
7. Añada sólo los documentos requeridos o que sean imprescindibles para apoyar sus planteamientos. *No incluya fotografías, manuales de procedimiento o folletos informativos para adornar la propuesta.*
8. Sea claro y conciso en la presentación de sus ideas. Revise la ortografía y la gramática ya que son importantes para la comprensión de la lectura.
9. Si desea proveer información adicional para aclarar algún punto de un formulario, favor de hacerlo en hoja aparte e indicarlo al pie de la página en el formulario correspondiente.

La propuesta debe seguir el siguiente formato/orden:

- A. Carta de Presentación
- B. Portada
- C. Tabla de Contenido
- D. Introducción y Descripción de la Entidad
- E. Justificación y Necesidades de la Población
- F. Servicios y Presupuesto
- G. Plan de Servicios
- H. Administración de los fondos y Política de Tiempo y Esfuerzo (con certificaciones)
- I. Plan de Calidad
- J. Apéndices:
Certificación de una institución financiera o de la entidad indicando que la organización tiene una línea de reserva o fondos base no comprometidos de al menos \$15,000
Certificación de Compromiso de la Agencia
Estados Financieros Auditados 2022 o auditoría externa sencilla (*Single Audit*), según corresponda.

SECCIÓN V CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS CLIENTES

Para los criterios de elegibilidad de los clientes el personal de las agencias coordinadoras tienen disponible para su referencia tanto el documento titulado *Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP vigente*. La Guía de Estándares se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5577>. Además, mediante comunicados oficiales, guías y protocolos del Programa se han detallado procesos pertinentes a la elegibilidad, los cuales pueden ser consultados en https://www.salud.pr.gov/ryan_white.

SECCIÓN VI FORMATO DE LA PROPUESTA

La propuesta debe incluir las siguientes partes en el orden presentado. Utilice los mismos encabezados que aparecen en la Guía. Asimismo, está prohibido alterar los formatos facilitados.

A. CARTA DE PRESENTACIÓN

Con la propuesta se debe acompañar una carta de presentación que describa quiénes son, dónde están ubicados y los servicios que ofrecen. Asimismo en la carta deberá incluir: (1) la experiencia que tiene la agencia en la prestación de servicios a personas con diagnóstico positivo a VIH; (2) los servicios que proponen ofrecer con los fondos solicitados; (3) el presupuesto total y su justificación; (4) la necesidad para proveer esos servicios mediante los fondos Ryan White Parte B; (5) cuáles son los municipios a impactar a través de la prestación de servicios (región geográfica); (6) la capacidad actual (el número de proveedores o recursos humanos) que tiene su organización para ofrecer los servicios que propone; y (7) la razón o razones por las que usted considera que su organización es superior a otras organizaciones que ofrecen el mismo servicio en su área geográfica. Para el año fiscal 2024-2025 la entidad no podrá solicitar un presupuesto mayor al identificado en la siguiente tabla para cada región geográfica.

REGIÓN	PRESUPUESTO
Arecibo	\$686,053.00
Bayamón	\$587,700.00
Caguas	\$787,084.00
Fajardo	\$240,727.00
Mayagüez	\$491,006.00
San Juan	\$762,583.00
Sur	\$655,598.00

La carta debe estar firmada por el Presidente de la Junta de Directores y el Director Ejecutivo de la Organización.

La carta de presentación debe ser dirigida a:

Denisse Marrero Santana, MBA
Directora de Oficina de Subastas
Secretaría Auxiliar de Administración
Departamento de Salud
P.O Box 70184
San Juan, Puerto Rico 00926
e-mail: subastas@salud.pr.gov

B. PORTADA

Complete el *Formulario 1* que se encuentra en la *Sección VIII* de esta Guía. Esta página debe ser firmada (en tinta azul, para propósito de identificar la propuesta original de las copias) por el Director Ejecutivo o el Presidente de la Junta de Directores de la Entidad. Es necesario que la información requerida esté **completa, correcta y actualizada**.

C. TABLA DE CONTENIDO

Incluya una tabla de contenido con el número de páginas para el resto de las secciones. **Todos los apéndices se enumeran y deben ser incluidos en la Tabla de Contenido.**

D. INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD (no exceder 2 páginas sin contar los formularios requeridos en esta sección)

Provea una descripción general de su agencia y capacidad con el propósito de ofrecer información vital a los evaluadores. Como mínimo deberá presentar la siguiente información:

Describa brevemente la agencia coordinadora, su misión **enfocada en la prestación de servicios a personas con diagnóstico positivo a VIH para los que se solicita fondos a través de esta propuesta**, metas y objetivos principales **enfocados en la prestación de servicios a personas con diagnóstico positivo a VIH para los que se solicita fondos a través de esta propuesta**, los servicios que proveen, su horario de operación y cualquier otro detalle relacionado con su capacidad, experiencia y credibilidad. Es necesario que complete e incluya los siguientes formularios:

Utilice los *Formularios 2 y 3*, de la *Sección VIII* de la guía de la propuesta para indicar la solidez económica de la entidad; composición de la junta directiva y su capacidad administrativa y fiscal. Estos formularios no cuentan en el límite establecido de dos páginas.

E. JUSTIFICACIÓN Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN Y REGIÓN A SER SERVIDA (no exceder de 5 páginas)

En esta sección presentará la necesidad de servicio, la cual será la justificación para el otorgamiento de fondos de la ley Ryan White Parte B. Sea claro en quiénes son los que necesitan el servicio y cómo la organización responde a esa necesidad. Debe hacer alusión al Plan Integrado para la Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en Puerto Rico 2022-2026, el Plan Estratégico Nacional de VIH, la iniciativa de *Ending the HIV Epidemic*, y/o del perfil epidemiológico en el proceso del narrativo de la justificación. Ello además de completar la información con el programa CareWare (de su entidad tenerlo disponible o utilizarlo), datos estadísticos de Vigilancia VIH y SIDA de Puerto Rico o el programa de datos que utilice su agencia. Describa la epidemiología de la población con diagnóstico positivo de VIH servida por su organización en el año 2023, según el estatus en términos de sus características demográficas, los factores de riesgo y el área geográfica que representan.

Indique las brechas en los servicios existentes para la población con VIH y las poblaciones con necesidades especiales (ejemplo: jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que se inyectan drogas, personas sin hogar, mujeres, residentes de un área geográfica específica, entre otros). Describa el impacto desproporcionado del VIH en estas poblaciones al compararlos con la población general y los mecanismos que tiene su entidad para minimizar las barreras existentes al brindar el/los servicio/s.

Indique cualquier información, si alguna, de la población con necesidad no cubierta (*unmet need*) que tenga en la región en la cual provee servicio. Por último, mencione o identifique las fuentes de información que utilizó para determinar las necesidades de la población a ser servida.

F. SERVICIOS Y PRESUPUESTO

En esta sección se desglosarán las categorías de servicio, personal y partidas administrativas utilizando la **Tabla A.** titulada **Servicios y Presupuesto.** En esta sección es importante que tenga presente que las únicas categorías de servicios que son opcionales incluir son Banco de Alimentos/Comidas o Domicilio o la de Vivienda Temporera.

Las unidades de servicio para cada categoría ya han sido incluidas en la tabla según provistas en la *Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.* Se deberá tener en cuenta estas definiciones al momento de considerar las unidades de servicios proyectadas y su costo. La información restante de la tabla de la **Sección A. Categorías de Servicios** debe ser completada considerando las descripciones a continuación:

Cantidad de Personas Proyectadas: Indique el número de personas anual a las que proyecta coordinar los servicios bajo la categoría de servicio especificada.

Cantidad de Unidades de Servicios Proyectadas: Considerando la definición de unidad de servicio, establezca una cantidad anual de las unidades de servicios totales que proyecta ofrecer.

Costo por Unidad de Servicio: Indique el costo real de cada unidad de servicio. Para ello requiera a cada proveedor de servicio una cotización (lista de precio) actualizada.

Presupuesto: Representa el costo anual por cada una de las categorías de servicios proyectadas a ofrecer. Preferiblemente este número debe ser el resultado de la multiplicación entre la cantidad de unidades de servicios proyectadas y el costo de cada unidad de servicio. Cada presupuesto por categoría y el total debe presentarse redondeado y sin centavos.

Justificación/Narrativo del Presupuesto: En esta columna se espera que la agencia justifique detalladamente y de forma narrativa el presupuesto solicitado. Lo que no esté descrito o contemplado en el narrativo del presupuesto, no podrá ser facturado, o reclamado para desembolso.

En la **Sección B. Personal** debe presentarse el detalle de todas las posiciones, ya sean que estas respondan a las categorías de servicio directo (manejo de caso no clínico) o administrativas. Entre las administrativas se podrán considerar las de posiciones de coordinador/a de servicios (30% de su salario), contadores, auxiliares fiscales, secretarías, y administradores, entre otras. Con relación al 30% del presupuesto del salario del coordinador/a de servicios, este se reconoce como aquel tiempo que el coordinador o la coordinadora tendrá que emplear para realizar tareas relacionadas con: supervisión de los servicios ofrecidos por los diversos proveedores, procesos de facturación, participación en reuniones programáticas, facilitar documentación requerida en monitorías y aspectos relacionados con calidad, entre otros. Es decir, en esta sección debe aparecer **todo** el personal que será subvencionado por fondos de la Parte B. Para completar esta Sección se debe hacer referencia a la siguiente tabla.

COLUMNA	DESCRIPCIÓN
Indique el porcentaje (%) subvencionado por Parte B.	Si la posición o puesto será subvencionado en su totalidad por Ryan White Parte B/ADAP, debe indicar un 100%. De la posición ser subvencionada por varios fondos, se debe indicar el porcentaje (%) que será adjudicado a la Parte B.
De aplicar, indique las otras fuentes de fondos y la distribución de los porcentajes (%) por cada fondo.	Si la posición no será pagada en un 100% por Parte B, se deben identificar las otras fuentes de fondos e informar la distribución de los % por cada fondo.
Pago Mensual	Si la persona contratada será asalariada, informe el sueldo mensual sin incluir los beneficios marginales. Si la persona será por servicios profesionales incluya el pago mensual y entre paréntesis el pago por hora. En esta columna nos referimos solo a los pagos subvencionados por Parte B.
Beneficios Marginales (si aplica)	Si la persona contratada será asalariada, en esta columna incluya el pago mensual de los beneficios marginales. En cuanto a este aspecto, puede detallar el pago por cada beneficio en la columna de Justificación en conjunto con el narrativo esperado para la posición. En esta columna nos referimos solo a los beneficios subvencionados por Parte B.
Presupuesto ANUAL	De la persona ser asalariada incluya el salario anual incluyendo los beneficios marginales. Este presupuesto debe ser el mismo que el que aparezca en el Plan de Servicios. De la persona ser contratada por servicios profesionales, indique el pago anual para la posición. Durante el año fiscal no se permiten aumentos para ninguna posición. Tenga presente que toda posición <u>administrativa</u> va contra el 10%

COLUMNA	DESCRIPCIÓN
	permitido del presupuesto total para gastos administrativos. En esta columna nos referimos solo al presupuesto subvencionado por Parte B.
Justificación/Narrativo Presupuesto	Describa detalladamente la justificación para la posición. Es decir, brinde información específica y abarcadora para la posición aludida. Entre esta información se debe hacer alusión a: 1) posiciones ocupadas, vacantes o de nueva creación, 2) requisitos de selección del personal (preparación académica y experiencia), 3) descripciones de tareas (funciones de cada posición) y 4) establezca el total de horas regulares de la agencia para el personal.

Para la **Sección C. Administración** deberá detallar otros gastos administrativos que no representan propiamente posiciones o personal. Dentro de los gastos administrativos se cubrirán gastos relacionados con utilidades, alquiler, cuenta bancaria, el pago de auditoría externa según definido en esta guía previamente y otros gastos necesarios para la administración del programa. Esta sección también contempla gastos como teléfono, mantenimiento (esto comprende limpieza de las facilidades, arreglos de jardinería o compra de pinturas, entre otros), reproducción de documentos (promoción e imprenta), alquiler de fotocopadoras, pólizas de seguros y servicios de Internet para la conexión del CareWare, entre otros.

Se aclara que todo lo que se presupueste para equipo de oficina (*Equipment* en el 45 CFR 75.320) debe tener un costo por unidad de \$5,000.00 o más y una vida útil de más de un año. Las computadoras deben considerarse como Suplidos o *Supplies*, de su costo ser menor a \$5,000.00. Por tanto, se recomienda que se cree una partida administrativa para este tipo de suplido de computadoras. Por ejemplo, la partida se puede llamar en sí misma *computadoras*. Lo que responda a materiales de oficina se puede mantener en la partida de *materiales de oficina*.

La asignación de fondos administrativos no sobrepasará el 10% del total de fondos asignados y, durante el transcurso del año fiscal, será ajustada conforme al gasto en servicios, por lo que no excederá el 10% del total de gastos reportados para el año fiscal.

COLUMNA	DESCRIPCIÓN
Indique el por ciento (%) subvencionado por Parte B.	Si la partida administrativa será subvencionada en su totalidad por Ryan White Parte B/ADAP, debe indicar un 100%. De la partida ser subvencionada por varios fondos, se debe indicar el por ciento (%) que será adjudicado a la Parte B.
De aplicar, Indique las otras fuentes de fondos y la distribución de los porcentos (%) por cada fondo.	Si la partida no será pagada en un 100% por Parte B, se deben identificar las otras fuentes de fondos e informar la distribución de los % por cada fondo.
De aplicar, escriba el nombre del proveedor identificado para la partida	Si se tiene identificado un proveedor para esa partida administrativa, se debe brindar el nombre completo. Se sobrentiende que hay proveedores comunes para pagos de utilidades (ej. LUMA, AAA).
Si en el pasado ha realizado este pago, indique el método utilizado	De aplicar, identifique el método utilizado previamente para realizar el pago de esta partida (ej. cheque).
Presupuesto ANUAL	Indique el presupuesto anual para la partida administrativa. Recuerde que los gastos incluidos en esta sección y el personal administrativo no deben exceder el 10% del presupuesto total. En esta columna nos referimos solo al presupuesto subvencionados por Parte B.
Justificación/Narrativo Presupuesto	Describa detalladamente la justificación para la partida. Es decir, brinde información específica y abarcadora para la partida aludida.

G. PLAN DE SERVICIOS

Para completar la sección del Plan de Servicios se cumplimenta la **Tabla B** titulada **Plan de Servicios**. Para los servicios que no ofrecerá, por ejemplo, si la agencia decide no ofrecer Vivienda Temporera, puede mantener la información en cero (0) o no incluir esa categoría. **Es sumamente importante que se asegure que lo presentado en esta Tabla B es congruente con lo detallado en la Tabla A.**

En lo que respecta al gasto de millaje tanto de manejo de caso no clínico como del millaje administrativo, se deberá presentar la política de la agencia en este aspecto para aprobación del Programa. De lo contrario la milla recorrida será pagada a cuarenta centavos (\$0.40).

H. ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS

En esta sección de la propuesta la agencia debe evidenciar que tiene la capacidad para administrar los fondos Ryan White de acuerdo a los requisitos establecidos por *Health Resources and Services Administration* (HRSA). Para más información puede acceder al portal de HRSA a la dirección www.hab.hrsa.gov.

Reembolso a terceros (*Third Party Reimbursement*)

Explique cómo la agencia hace el esfuerzo máximo para cobrar todo servicio cubierto por cualquier otra fuente de pago (Medicaid, Medicare, seguro de salud público o privado) y utilizar los fondos Ryan White como pagador de último recurso. Describa el mecanismo para facilitar la inscripción de las personas con diagnóstico positivo a VIH en los programas disponibles, y de los cuales son elegibles para cubrir los servicios de su cuidado médico. Además, describa detalladamente el proceso que realiza el personal de Manejo de Caso No Clínico para determinar que una persona puede recibir un servicio por Parte B. Este proceso debe describir todas las tareas y gestiones realizadas adicionalmente a la evaluación de los criterios de elegibilidad.

Política de Tiempo y Esfuerzo (*Time & Effort Policy*)

En esta parte también se deberá presentar la Política de Tiempo y Esfuerzo para el 2024-2025 que empleará la organización o que ya tiene establecida, acompañada de los formatos de las certificaciones que le corresponden. Para este fin, el Programa no ofrecerá los formatos. Será responsabilidad de cada organización establecer sus formatos de las certificaciones y redactar la Política. En caso de que aún no la tenga redactada, puede hacer referencia a la **45 CFR 75.430**.

I. PLAN DE CALIDAD

De la agencia proponente contar con un Plan de Calidad para los servicios que ofrece a la población, puede someterlo. Sin embargo, de no tenerlo, debe preparar el plan o programa de gestión de calidad para el 2024; en ambas circunstancias la agencia proponente debe asegurarse que el Plan de Calidad incluya las siguientes partes:

Descripción del Programa de Calidad

- a. Introducción
 - i. Misión - Explique el motivo o razón de ser del **Programa de Calidad** de la organización o Agencia.
 - ii. Visión - Explique cuál es su expectativa a largo plazo con respecto al **Programa de Calidad** de la organización o Agencia.
- b. Estructura – se refiere a la composición del Comité de Calidad de la Agencia
 - i. Composición – Incluya el nombre de cada uno de los posibles miembros del comité de calidad y la posición/puesto que ocupa en la agencia. Se debe incluir un representante de la Junta de Directores o de la Gerencia de la agencia en el Comité de Calidad. De este no poder asistir con frecuencia a las reuniones, la agencia debe explicar cómo mantiene informada a la Junta de Directores o Gerencia de la agencia sobre los trabajos y los asuntos discutidos en las reuniones del comité de calidad.
 - ii. Coordinador del Comité de Calidad – Identifique el nombre y la posición/puesto que ocupa en la agencia la persona designada como líder del comité.
 - iii. Manejo de Información – Indique el nombre de la persona encargada del manejo de la información en la agencia; esto corresponde a la entrada de datos y manejo de sistemas.
 - iv. Participación/representación de consumidores - Es requerido que el comité de calidad incluya la participación de por lo menos un/a consumidor/a. De no tener actualmente un representante de la comunidad con diagnóstico positivo a VIH identificado, puede indicar que el mismo será identificado de ser el proponente seleccionado.
 - v. Participación/representación de un proveedor de servicio de Ryan White Parte B - Es requerido que el comité de calidad incluya la participación de por lo menos un proveedor de servicio subvencionado por Ryan White Parte B. De no tener actualmente un representante de los proveedores de servicio, puede indicar que el mismo será identificado de ser el proponente seleccionado.
- c. Servicios - Enumere los servicios que propone ofrecer a ser subvencionados con fondos Ryan White Parte B.
- d. Justificación - Explique cómo el Plan de Calidad le ayudará a mejorar el servicio que ofrece su agencia en el año programa.

J. APÉNDICES²

² Deben presentar todas las certificaciones requeridas en la Sección X; para algunas de ellas utilizarán los modelos que se acompañan en esta sección y para otras, deberán presentar la correspondiente certificación.

Al finalizar con la descripción de todos los servicios para los que solicitó fondos, incluya:

- ✓ Una sección para los siguientes documentos o certificaciones:
 - Certificación de una institución financiera o de la entidad indicando que la organización tiene una línea de reserva o fondos base no comprometidos de al menos \$15,000
 - Certificación de Compromiso de la Agencia
- ✓ Una sección para los Estados Financieros Auditados 2022 o Auditoría Externa Sencilla (*Single Audit*) 2022-2023

**SECCIÓN VII
SERVICIOS SUBVENCIONADOS CON FONDOS RYAN WHITE**

Toda entidad que recibe fondos Ryan White tiene la obligación de utilizar dichos fondos como último recurso **[Secc 2612 (b)(7)(F)]**. Esto significa que deben buscar financiamiento de otras fuentes para los que los clientes son elegibles (planes médicos privados, plan de salud del gobierno (Vital), *Medicare*, HOPWA, ASSMCA, SAMHSA, SCHIP, entre otros), antes de recurrir al uso de los fondos Ryan White. Ryan White Parte B no reembolsará gastos por servicios cubiertos por otras fuentes para las cuales el cliente es elegible. El sistema de prestación de servicios para las personas con diagnóstico positivo a VIH está fundamentado principalmente en un modelo clínico dirigido a reducir morbilidad y mortalidad. La *Health Resources and Services Administration* ha clasificado los servicios medulares de salud como de prioridad. Los servicios de salud tienen que proveerse de acuerdo a las guías de tratamiento del *Public Health Service*. Los servicios de apoyo que se provean con los fondos Ryan White tienen que demostrar que ayudan al cliente a acceder y mantenerse en el servicio clínico.

La descripción de los servicios por categoría están detallados en la *Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP* en el siguiente enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5577>. Es decir, antes de cumplimentar los formularios y tablas requeridas, se debe revisar la antes mencionada Guía para conocer el alcance de cada categoría de servicio y sus regulaciones. No obstante, en lo que respecta a los servicios mínimos que toda organización debe incluir en su propuesta, a continuación, se presenta una tabla con el interés de diferenciar aquellos servicios que se consideran **mínimos**, y que **toda propuesta debe contener para ser evaluada**, de aquellos que son servicios opcionales.

Servicios mínimos que toda propuesta debe contener*	Servicios opcionales
Servicios de Salud Ambulatorios	Comida a Domicilio
Salud Oral	Vivienda Temporera
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	
Terapia Médica Nutricional (suplementos nutricionales)	
Asistencia Económica de Emergencia	
Transportación Médica	
Manejo de Caso No Clínico	

Todos los servicios propuestos tienen que cumplir con lo establecido en el PCN: #16-02 publicado por HRSA y revisado el 10/22/2018; favor referirse al siguiente enlace: http://hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Global/service_category_pcn_16-02_final.pdf.

SECCIÓN VIII
FORMULARIOS

FORMULARIO 1: PORTADA

INFORMACION DEL PROPONENTE		
2. Nombre del consorcio o entidad que presenta la propuesta:		
3. Nombre del Programa:		
4. Dirección Física:		
5. Dirección Postal:		
6. Número Seguro Social Patronal:		
7. <i>Unique Entity ID</i> (SAM.gov):		
INFORMACION DEL SOLICITANTE		
7. Personas Autorizadas: Entiendo que al aceptar los fondos me comprometo a usar los mismos según estipulados en los objetivos de la Ley Ryan White; la guía de propuesta y los requerimientos del Departamento de Salud. Nombre y Apellidos: _____ Puesto: _____		
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____		
8. Área geográfica a servir:		
9. Presupuesto Estimado solicitado: RW-PB (\$) _____		
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y FISCAL		
A. Indique los nombres, puestos que ocupan y la preparación académica de las personas que laboran en el área fiscal:		
<u>Nombre y Apellidos</u>	<u>Puesto:</u>	<u>Preparación Académica</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
B. Indique los nombres, posiciones y preparación de la(s) persona(s) responsable(s) de recopilar los datos estadísticos que deberán ser presentados en los informes que serán requeridos por el Departamento de Salud.		
<u>Nombres y Apellidos:</u>	<u>Puesto:</u>	<u>Preparación Académica:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo, _____ Presidente de la Junta de Directores o Director/a Ejecutivo/a del _____ certifico que la información presentada en la solicitud de propuesta para los fondos de Ryan White Parte B, es la correcta, según mi mejor conocimiento y que esta entidad está capacitada para administrar y ofrecer los servicios que está solicitando. Además, que al presentar esta propuesta se aceptan todas las condiciones, requisitos y procesos de evaluación expuestas en la guía.

Firma del Director Ejecutivo

Nombre y Apellidos

Vo. Bo. Presidente de la Junta Directores

Nombre y Apellidos

FORMULARIO 2
SOLIDEZ ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN O ENTIDAD

Indique la procedencia de otros recursos económicos con los cuales cuenta la organización o entidad para ayudar a complementar los servicios que se les ofrecen a los clientes.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	CATEGORÍAS DE SERVICIOS QUE OFRECE CON LA SUBVENCIÓN DE CADA FONDO	FONDOS
Ryan White		\$
Parte A		
Parte B		
Parte C		
Parte D		
Fondos Federales (no Ryan White)		
HOPWA Estatal		
HOPWA Municipio de San Juan		
SAMHSA		
CDC		
Donativos estatales legislativos		
Fondos Estatales (agencias gubernamentales)		
Fondos Municipales		
Donativos Corporaciones Privadas		
Pagos por Servicios		
Otros (Especificar)		

**FORMULARIO 3
COMPOSICIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES**

Provea la información actualizada de la Junta de Directores de la entidad. Si algún miembro de la Junta de Directores tiene contrato de servicio pagado con fondos Ryan White Parte B/ADAP, éste no debe exceder el 25% de los fondos solicitados por la agencia.

TITULO/NOMBRE Y APELLIDOS	Indicar: 1. Entidad en la que labora y puesto que ocupa en dicha entidad y 2. Información de contacto (número de teléfono y dirección de correo electrónico)	DISTRIBUCIÓN DE FONDOS POR ENTIDAD REPRESENTADA	
		\$	%
PRESIDENTE/A: _____			
VICE-PRESIDENTE/A: _____			
TESORERO/A: _____			
SECRETARIO/A: _____			
REPRESENTANTES DE COMUNIDAD VIH (si aplica): _____			
REPRESENTANTE DE LA AGENCIA COORDINADORA QUE PARTICIPA EN LAS REUNIONES DE LA JUNTA DE DIRECTORES (si aplica): _____			

SECCIÓN IX

TABLAS

TABLA A: Servicios y Presupuesto

SECCIÓN A. CATEGORÍAS DE SERVICIOS						
<i>I: Servicios Medulares de Salud</i>	Cantidad de Personas Proyectadas	Definición Unidad de Servicio	Cantidad Unidades de Servicios Proyectadas	Costo por cada Unidad de Servicio	Presupuesto ANUAL	Justificación/Narrativo Presupuesto
Servicios de Salud Ambulatorios						
a. Médico Primario		Una visita al médico primario equivale a una unidad de servicio.				
b. Médico Especialista		Una visita al médico especialista equivale a una unidad de servicio.				
c. Evaluación Visual		Una visita al optómetra u oftalmólogo equivale a una unidad de servicio.				
d. Pruebas y Laboratorios		La administración de una prueba o laboratorio equivale a una unidad de servicio.				
e. Espejuelos		Cada espejuelo comprado equivale a una unidad de servicio.				
f. Audífonos		Cada audífono comprado equivale a una unidad de servicio.				

Cuidado de Salud Oral		Cada procedimiento o intervención en una visita representará una unidad de servicio.				
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	Cantidad de Personas Proyectadas	Definición Unidad de Servicio	Cantidad Unidades de Servicios Proyectadas	Costo por cada Unidad de Servicio	Presupuesto ANUAL	Justificación/Narrativo Presupuesto
a. Equipo Médico Durable		Un equipo comprado o alquilado equivale a una unidad de servicio.				
b. Equipo Médico Desechable		Cada caja o paquete de equipo médico desechable equivale a una unidad de servicio.				
c. Asistente de Salud en el Hogar		Un día en que se ofrece el servicio o visita al hogar o acompañamiento a cita médica es una unidad de servicio.				
d. Servicios Integrados		Un día que se ofrece el servicio es una unidad de servicio.				
e. Médico		Una visita del médico al hogar o en un ambiente de cuidado debidamente documentada es una unidad de servicio.				

f. Enfermero/a		Una visita del enfermero/a al hogar o en un ambiente de cuidado debidamente documentada es una unidad de servicio.				
Terapia Médico Nutricional						
a. Suplementos Nutricionales		Una caja de suplemento entregada equivale a una unidad de servicio				
b. Consejería Nutricional		Una visita o evaluación nutricional equivale a una unidad de servicio.				
II: Servicios de Apoyo	Cantidad de Personas Proyectadas	Definición Unidad de Servicio	Cantidad Unidades de Servicios Proyectadas	Costo por cada Unidad de Servicio	Presupuesto ANUAL	Justificación/Narrativo Presupuesto
Asistencia Económica de Emergencia (agua, luz, gas, renta, vale de alimentos, vale de emergencia y medicamentos)		Opciones de Asistencia Económica de Emergencia: 1. Cada pago de utilidades (agua, luz, gas) emitido equivale a una unidad de servicio; 2. cada vale de alimentos o de emergencia equivale a una unidad de servicio; 3. cada pago de renta (no fianza) emitido equivale a				

		una unidad de servicio; 4. Una receta que cubre hasta un periodo de 30 días equivale a una unidad de servicio.				
Transportación Médica		Opciones de transportación: 1. Cada viaje en una sola dirección equivale a una unidad de servicio; 2. cada viaje por avión en una sola dirección equivale a una unidad de servicio (solo para residentes de Vieques y Culebra); 3. Una tarjeta prepagada o vale de transportación entregado equivale a una unidad de servicio.				

Banco de Alimentos/Comidas a Domicilio		Opciones de esta categoría: 1. Una comida caliente o congelada entregada equivale a una unidad de servicio; 2. Un kit con productos de higiene personal y/o de limpieza del hogar entregado equivale a una unidad de servicio; 3. Un vale para redimir productos de higiene personal y/o de limpieza del hogar, equivale a una unidad de servicio.				
Servicios de Vivienda Temporera		Opciones de Vivienda: 1. Un día en una vivienda temporera equivale a una unidad de servicio; 2. Cada Plan de Vivienda Individualizado equivale a una unidad de servicio; 3. Cada actualización del Plan de Vivienda Individualizado equivale a una unidad de servicio.				

SECCIÓN B. PERSONAL

Posición/Puesto	Indique el porcentaje (%) subvencionado por Parte B	De aplicar, indique las otras fuentes de fondos y la distribución de los porcentos (%) por cada fondo	Pago Mensual	Beneficios Marginales (si aplica)	Presupuesto ANUAL	Justificación/Narrativo Presupuesto
Servicio Directo: Manejo de Caso No Clínico						
Coordinador/a de Servicios (70%)						
Manejo de Caso I						
Manejo de Caso II						
Manejo de Caso III						
Manejo de Caso IV (si excede de 600 participantes con diagnóstico de VIH servidos)						
Millaje de Manejo de Caso						
Personal Administrativo						
Coordinador/a de Servicios (30%)						
Directora Ejecutiva (si aplica)						
Contable (si aplica)						
Secretaria (si aplica)						
<i>Puede editar e incluir otras posiciones SOLO en el área administrativa</i>						

SECCIÓN C. ADMINISTRACIÓN (Otros Gastos Administrativos)

Otros Gastos Administrativos	Indique el porcentaje (%) subvencionado por Parte B	De aplicar, indique las otras fuentes de fondos y la distribución de los porcentos (%) por cada fondo	De aplicar, escriba el nombre del proveedor identificado para la partida	Si en el pasado ha realizado este pago, indique el método utilizado	Presupuesto ANUAL	Justificación/Narrativo Presupuesto
Auditoría Fiscal Externa/Single Audit (si aplica)						
Fotocopiadora (si aplica)						
Permisos, licencias, seguros y doc. Legales y póliza, entre otros (si aplica)						
Renta (si aplica)						
<i>Puede editar e incluir otras partidas SOLO en el área administrativa</i>						



DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE SUBASTAS

TABLA B - PLAN DE SERVICIOS

Adapte y complete la siguiente tabla considerando las partidas de servicio directo y administrativa que propone en su propuesta de servicios para el año fiscal 2024-2025.

NOMBRE DE AGENCIA REGIÓN				
PLAN DE SERVICIOS 2024-2025				
1ro__ de abril de 2024 al 31_ de marzo de 2025				
CATEGORIAS DE SERVICIOS	Personas a Servir	Unidades de Servicio	Costo por unidad de servicio	Presupuesto
I: Servicios Medulares de Salud				
1. Servicios de Salud Ambulatorios				
a. Médico Primario				
b. Médico Especialista				
c. Evaluación Visual				
d. Pruebas y Laboratorios				
e. Espejuelos				
f. Audífonos				
2. Cuidado de Salud Oral				
3. Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad				
a. Equipo Médico Durable				
b. Equipo Médico Desechable				
c. Ama de Llaves				
d. Servicios Integrados				
e. Médico				
f. Enfermero/a				
4. Terapia Médico Nutricional				
a. Suplementos Nutricionales				
b. Consejería Nutricional				
SUBTOTAL SERVICIOS MEDULARES DE SALUD				
II: Servicios de Apoyo				
5. Manejo de Caso No Clínico				
a. Coordinador/a de Servicios (70%)				
b. Manejo de Caso I				
c. Manejo de Caso II				

d. Manejo de Caso III				
e. Millaje				
6. Asistencia Económica de Emergencia (agua, luz, gas, renta, vale de alimentos, vale de emergencia y medicamentos)				
7. Transportación Médica				
8. Banco de Alimentos/Comidas a Domicilio				
9. Vivienda Temporera				
SUBTOTAL SERVICIOS DE APOYO				
TOTAL SERVICIOS DIRECTOS				
III: Administración				
11. Personal Administrativo				
a. Coordinador/a de Servicios (30%)				
b.				
c.				
SUBTOTAL				
12. Otros Gastos				
a. Auditoría Fiscal Externa (si aplica)				
b. Fotocopiadora (si aplica)				
c. Permisos, licencias, seguros y doc. Legales y póliza, entre otros (si aplica)				
d.				
SUBTOTAL				
TOTAL SERV. ADM. Y OPERACIÓN				
TOTAL ASIGNADO				

SECCIÓN X
CERTIFICACIONES

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO DE LA AGENCIA

La agencia _____ se compromete mediante la firma de su representante autorizado a lo siguiente:

- ✓ Abrir una cuenta exclusiva para los fondos de Ryan White Parte B en o antes de 45 días de que se oficialice el contrato entre las partes.
- ✓ A revisar, leer detenidamente y cumplir con lo requerido en el 45 CFR 75, la Ley de Ryan White, al igual que todas las políticas de HRSA que le aplican por igual a los subrecipientes de fondos de Parte B.
- ✓ No someter al Departamento de Salud, facturas con cargo a fondos Ryan White Parte B, por servicios prestados a clientes que tengan derecho a recibir dichos servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG). Se certifica además que la organización no ofrecerá un servicio con fondos de Ryan White Parte B si dicho servicio puede ser costeadado por planes médicos privados y/o a *Medicare* a clientes que posean dichos seguros.
- ✓ A certificar que en lo que respecta a ser proveedor del Plan de Salud del Gobierno (seleccione la opción que le represente):
_____ La agencia que represento NO es proveedora del Plan de Salud del Gobierno porque no ofrecemos servicios clínicos directos facturables.

_____ La agencia que represento SÍ es proveedora del Plan de Salud del Gobierno porque ofrecemos servicios clínicos directos facturables. **Por tanto, junto con esta certificación someto la evidencia requerida de ser proveedor del PSG.**

Expedida en _____, Puerto Rico, hoy, _____ de _____ de 202__.

Nombre y Apellidos en letra de molde

Firma

Sello Corporativo

Puesto

HOJA DE COTEJO

- _____ A. Carta de Presentación
- _____ B. Portada: Formulario 1
- _____ C. Tabla de Contenido
- _____ D. Introducción y Descripción de la Entidad
 - _____ Formulario 2: Solidez Económica del Consorcio, Organización o Entidad
 - _____ Formulario 3: Composición de Junta de Directores
- _____ E. Justificación y Necesidades de la Población y Región a ser Servida
- _____ F. Servicios y Presupuesto: Tabla A
- _____ G. Plan de Servicios: Tabla B
- _____ H. Administración de los Fondos
 - _____ Reembolso de Fondos a Terceros
 - _____ Política de Tiempo y Esfuerzo con certificaciones
- _____ I. Plan de Calidad
- _____ J. Apéndices
 - _____ Certificación de una institución financiera o de la entidad indicando que la organización tiene una línea de reserva o fondos base no comprometidos de al menos \$15,000
 - _____ Certificación de Compromiso de la Agencia
 - _____ Estados Financieros o *Single Audit*

Calendario e Información

Unidad Solicitante:	PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP, DEPARTAMENTO DE SALUD
Información de Contacto:	Denise Marrero Santana 787-765-2929, ext. 4475
Número de Solicitud:	RFP-SP-2022-2023-037-RW
Nombre de Solicitud:	Solicitud de Fondos para Agencias Coordinadoras para ofrecer Servicios medulares y de apoyo a la Población con Diagnóstico positivo a VIH, de acuerdo con la particularidad de cada área geográfica Programa Ryan White Parte B/ADAP
Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):	Servicios Profesionales
Fecha de Publicación de la Solicitud:	23 de junio de 2023
Fecha límite para someter preguntas:	5 de julio de 2023, hasta las 4:00 pm
Fecha límite para contestar preguntas:	12 de julio 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:	21 de julio de 2023, hasta las 4:00 PM
Solicitud de Documentación Relacionada solicitarla a:	subastas@salud.pr.gov