



**SOLICITUD DE COTIZACIONES DE SERVICIOS PROFESIONALES  
PARA PROVEER SERVICIOS AL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS Y RASTREO  
DE CONTACTOS COVID-19 EN EL MUNICIPIO AUTONOMO DE PONCE**

**15 de diciembre de 2021**

## Indice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Misión, Visión y Objetivos del Programa .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Servicios a prestarse .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Requisitos Generales de la Solicitud de Cotizaciones .....</b>	<b>6</b>
<b>5. Confidencialidad y Ley HIPAA.....</b>	<b>8</b>
<b>6. Requisitos Administrativos.....</b>	<b>8</b>
6.1. Solicitud de Información .....	8
6.2. Revisión de este Documento .....	8
6.3. Fecha de Entrega de la Solicitud de Cotizaciones .....	9
6.4. Solicitudes Recibidas Tardíamente .....	9
6.5. Adjudicación de las solicitudes .....	9
6.6. Contrato .....	10
6.7. Consideraciones de Seguros, Licencias, Permisos y Responsabilidades .....	10
<b>7. Inhabilitación.....</b>	<b>10</b>

## 1. Introducción

El Municipio Autónomo de Ponce (el “Municipio”) está solicitando cotizaciones con el propósito de adquirir los servicios profesionales de contratistas independientes individuales necesarios para la continuidad del Programa De Investigación De Casos Y Rastreo De Contactos COVID-19 (el “Programa”). Los servicios para contratar serán financiados con fondos del *Coronavirus State and Local Fiscal Recovery Fund* (“CSLFRF”) y este proceso se regirá por los requisitos del dicho programa federal y los reglamentos de competencia locales y federales.

## 2. Misión, Visión y Objetivos del Programa

La misión del Programa es investigar de manera inmediata los casos positivos de COVID-19 y rastrear los contactos en el menor tiempo para minimizar los contagios. Además, el Programa busca reforzar el componente educativo sobre el virus y proveer la asistencia social que necesitan los pacientes y sus familiares de manera que puedan sobrellevar el proceso.

La visión del Programa es lograr que la comunidad de Ponce y todo el que nos visite esté siempre saludable y libre de COVID-19.

El contratista individual independiente deberá demostrar que está autorizado a prestar los servicios por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que puede prestar los servicios dirigidos a la salud solicitados en diferentes comunidades del Municipio y que puede cumplir con un itinerario que incluye fines de semanas y días feriados.

El Programa tiene como objetivo realizar investigación de casos positivos de COVID-19 y rastrear los contactos que haya tenido el caso positivo para minimizar la transmisión del virus. Además, el Programa incluye un componente educativo y de monitoreo de cumplimiento en las comunidades, provee información, servicios médicos de salud, servicios educativos incluyendo posibles referidos a otros servicios sociales y comunitarios, a las comunidades participantes y que les sirva de herramienta en la toma de decisiones informadas, propiciando una salud integral.

Los objetivos del Programa son los siguientes:

1. Establecer un sistema de rastreo de contactos eficiente que alcance a investigar al menos un 80% de los casos en un período de 24 horas y un 80% de los contactos en un período de 48 horas.
2. Proveer seguimiento y monitoreo de casos y contactos al menos cada dos días hasta completar su aislamiento o cuarentena.
3. Monitorear y reportar los brotes activos con el fin de implementar estrategias de intervención.
4. Promover mediante educación las prácticas seguras para disminuir la transmisión del virus en la comunidad.
5. Identificar y enlazar las necesidades de los casos con las ayudas provistas por las distintas dependencias municipales y del gobierno.
6. Realizar eventos masivos de pruebas y colaborar en los eventos de vacunación.

### 3. Servicios a prestarse

Los servicios que deberá proveer el contratista individual independiente deberán cumplir al menos una de las siguientes categorías en la estructura del Programa:

1. Epidemiólogo municipal:
  - a. Función: Esta persona será responsable de supervisar las labores realizadas bajo el Programa, dirigirá las estrategias a realizarse y distribuirá los recursos para alcanzar los objetivos del Programa. Además, esta persona hará recomendaciones de política y actividades de salud pública, entre otras. Cualquier otra función relacionada al Programa.
  - b. Preparación académica: Maestría o doctorado en salud pública, de una universidad debidamente acreditada, con especialización en epidemiología.
  - c. Competencias: Experiencia en la supervisión de equipos de vigilancia epidemiológica, preferiblemente relacionado al COVID-19, procesos de rastreo de contactos, vacunación y realización de pruebas, elaboración de procedimientos, entre otros. Experiencia en el manejo de programas estadísticos y análisis de datos y redacción de informes. Manejo de procedimientos y protocolos relacionados al COVID-19. Conocimiento de procedimientos de realización de

pruebas y vacunas, en especial sobre el COVID, Ley HIPAA y manejo de la confidencialidad. Comunicación asertiva verbal y escrita.

- d. Los honorarios serán pagados por hora por servicios prestados hasta un máximo 40 horas a la semana y un máximo de 160 horas al mes.

2. Investigador de casos y contactos:

- a. Función: Se encarga de realizar entrevistas iniciales y de seguimiento a casos e identificación de sus contactos, sintomatología y necesidades de apoyo con el fin de obtener la mayor información posible y completar las entrevistas adecuadamente en el BioPortal. Recopila datos para preparación de reportes computadorizados y participa en actividades de alcance comunitario. Cualquier otra función relacionada al Programa.
- b. Preparación académica sugerida: Enfermeros Graduados, Trabajador Social, Maestría en Salud Pública o Maestría en Salud.
- c. Competencias: Experiencia o trabajo relacionados con el COVID-19. Conocimiento de técnicas de identificación de casos, rastreo y seguimiento de contactos COVID-19, procesos de aislamiento y cuarentena; pruebas y vacunas. Conocimiento de Ley HIPAA, factores de riesgo y exposición a enfermedades infecciosas. Capacidad para analizar de forma crítica y establecer prioridades. Destrezas de comunicación y relaciones interpersonales. Conocimientos de herramientas y aplicaciones tecnológicas tales como Word, Excel, Teams, Google, etc. Manejo básico de crisis.
- d. Los honorarios serán pagados por hora por servicios prestados hasta un máximo 40 horas a la semana y un máximo de 160 horas al mes.

3. Educadores y Promotores de la Salud

- a. Función: Persona encargada del desarrollo y coordinación de actividades socioeducativas a nivel individual y de alcance y orientación a la comunidad enfocado en la prevención del COVID-19. Diseña e implementa campaña de prevención e intervenciones a toda la población de Ponce. Cualquier otra función relacionada al Programa.
- b. Preparación académica: Bachillerato o Maestría en Enfermería, Educación en Salud, Ciencias de la Salud, Conducta Humana, Mercadeo o áreas relacionadas.

- c. Competencias: Experiencia o trabajo relacionados con el COVID-19. Conocimiento sobre el COVID-19, procedimientos y protocolos de manejo y prevención del COVID-19. Conocimiento de Ley HIPAA y términos básicos médicos, riesgo de exposición y factores de riesgo de COVID-19. Habilidad de comunicación. Experiencia en manejo básico de crisis. Se dará preferencia especial a los proponentes que poseen conocimiento en el lenguaje de señas.
  - d. Los honorarios serán pagados por hora por servicios prestados hasta un máximo 40 horas a la semana y un máximo de 160 horas al mes.
4. Bioestadístico
- a. Función: Creará, evaluará y analizará estadísticas relacionadas al COVID-19 en la ciudad de Ponce. Dicha estadística incluirá casos activos, viajeros, brotes, positividad y vacunación de la población apta. Entregará un informe de acuerdo con lo trabajado. Cualquier otra función relacionada al Programa.
  - b. Preparación académica: Bachillerato en Bioestadística y Matemáticas.
  - c. Competencias: Experiencia o trabajo relacionados con el COVID-19. Conocimiento sobre casos activos, casos de viajeros, brotes en general, positividad, incidencias y datos de vacunación del COVID-19. Conocimiento de Ley HIPAA, términos básicos médicos, riesgo de exposición y factores de riesgo de COVID-19.
  - d. Los honorarios serán pagados por hora por servicios prestados hasta un máximo 40 horas a la semana y un máximo de 160 horas al mes.

#### 4. Requisitos Generales de la Solicitud de Cotizaciones

Las solicitudes de cotizaciones se evaluarán mediante un proceso que consiste en dos (2) pasos: (1) la evaluación de la cotización escrita presentada; y (2) una evaluación oral del proponente en formato de entrevista. Estas serán evaluadas utilizando los siguientes criterios:

##### Paso 1: Evaluación de la cotización (70 puntos)

- A. Experiencia del solicitante | 30 puntos
- B. Costos por hora para los servicios solicitados | 10 puntos
- C. Capacidad del solicitante y preparación académica | 30 puntos

---

## Paso 2: Evaluación Oral en Formato de Entrevista | 30 puntos

El total máximo de puntos de la evaluación será 100 puntos.

El proponente completará el Formulario de Cotización de Servicios Profesionales que se acompaña al final de esta solicitud. El mismo debe ser completado en todas sus partes y firmado por el proponente. Las secciones del formulario son las siguientes:

1. Sección I: Información del Proponente
2. Sección II: Experiencia Profesional
3. Sección III: Servicio a Prestar
4. Sección IV: Preparación Académica
5. Sección V: Competencias o Destrezas del Proponente
6. Sección VI: Cotización de Honorarios por Hora

La Sección 7: Evaluación del Proponente es para uso exclusivo del Municipio y no será completado por el proponente. Además, deberá acompañar el formulario con el resumé o currículum, evidencia de preparación académica y credenciales profesionales incluyendo las licencias y permisos vigentes para poder operar en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Al momento de ser seleccionado y previo a la firma del contrato deberá presentar los siguientes documentos:

1. Certificación del Departamento de Hacienda sobre radicación de planillas (últimos 5 años)
2. Certificación Negativa o de Deuda del Departamento de Hacienda
3. Carta de Relevamiento de la Retención en el Origen sobre pagos por servicios prestados (si aplica)
4. Certificado de Registro de Comerciante del Departamento de Hacienda
5. Certificación Negativa o Deuda del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
6. Certificación por todos los Conceptos (propiedad mueble e inmueble) expedido por el CRIM
7. Certificación de Radicación de Planillas de Propiedad Mueble y/o Certificación Negativa de la Propiedad Inmueble (de no poseer inmueble)
8. Certificación Negativa o Deuda de ASUME
9. Certificado de Póliza del Fondo del Seguro del Estado
10. Patente vigente en el Municipio de Ponce

## 5. Confidencialidad y Ley HIPAA

Será responsabilidad del contratista la protección de la información médica de los pacientes. El cumplimiento con la Ley HIPAA es mandatorio. En el “Programa”, el personal y los profesionales de la salud cumplirán con los requisitos de dicha Ley y deberán evidenciar el cumplimiento con la misma de ser necesario. Todo expediente con información personal y privilegiada deberá ser custodiado y protegido por el contratista en todo momento.

## 6. Requisitos Administrativos

En esta sección se describen los aspectos administrativos que deberán cumplir los interesados en participar de esta solicitud.

### 6.1. Solicitud de Información

Cualquier pregunta relacionada con este documento deberá ser dirigida a:

**Dra. Francheska Pintado Vega**  
**Directora**  
**Departamento de Salud y Bienestar**  
Teléfono: 787-840-8618  
Email: [Francheska.Pintado@ponce.pr.gov](mailto:Francheska.Pintado@ponce.pr.gov)

Todo comentario deberá ser sometido en o antes del 23 de diciembre de 2021. No se contestarán preguntas recibidas después de esta fecha. Toda la información solicitada relacionada con este documento se convertirá en documento público y estará sujeto a las condiciones de éstos. Los comentarios o preguntas se distribuirán a todos los posibles contratistas que presentarán su solicitud.

### 6.2. Revisión de este Documento

Si fuese necesario cambiar este documento por alguna razón se preparará un anejo al mismo que contendrá los cambios.



### 6.3. Fecha de Entrega de la Solicitud de Cotizaciones

Copia de las Solicitud de Cotizaciones deberá ser entregada en o antes del 28 de enero de 2022 en la siguiente dirección:

**Dra. Francheska Pintado Vega**  
**Directora**  
**Departamento de Salud y Bienestar**  
Edificio Antiguo Telégrafo  
Calle Cristina Núm. 4015  
Ponce, Puerto Rico  
Teléfono: 787-840-8618  
Email: [Francheska.Pintado@ponce.pr.gov](mailto:Francheska.Pintado@ponce.pr.gov)

De enviar el documento por correo u otro servicio privado de entrega de documentos, el contratista deberá asegurarse que el mismo llegue al Municipio en o antes de la fecha límite. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite sin importar la fecha en que se haya enviado. Todos los documentos sometidos se convertirán en propiedad del Municipio Autónomo de Ponce.

### 6.4. Solicitudes Recibidas Tardíamente

Toda solicitud de cotizaciones que se reciba después de la fecha indicada en la Sección 6.3 no será considerada para este programa. Las mismas serán devueltas al remitente y será responsabilidad del contratista cumplir con cada uno de los requisitos y términos establecidos.

### 6.5. Adjudicación de las solicitudes

Una vez adjudicada la Solicitud de Cotizaciones, no se entenderá que han terminado las diligencias administrativas, el solicitante deberá mantenerse en comunicación para corroborar que todos sus documentos están en orden. No se tramitará la redacción del Contrato hasta tanto no obre en el expediente toda la documentación necesaria vigente. El Municipio se reserva el derecho de rechazar cualquier o todas las solicitudes de cotizaciones.

## 6.6. Contrato

A base de los criterios de adjudicación, se ordenarán los proponentes evaluados ordinalmente. El(la) proponente que ocupe el primer lugar será el(la) seleccionado(a) para este proyecto. Si el(la) proponente seleccionado(a) acepta los términos y condiciones del contrato se procederá a firmar el contrato. De no estar de acuerdo con los términos y condiciones del contrato y no poderse llegar a un acuerdo razonable con esta persona se procederá a negociar con la segunda y así sucesivamente. El Municipio se reserva el derecho de rechazar cualquiera o todas las cotizaciones sometidas.

## 6.7. Consideraciones de Seguros, Licencias, Permisos y Responsabilidades

El Contratista será responsable de todos los gastos y las compensaciones de trabajo requeridas por la ley, presentando prueba de ello al Municipio. El Contratista es también responsable por la obtención de cualquier licencia y/o permiso requerido por la ley para llevar a cabo las actividades aquí solicitadas.

El Contratista deberá poseer todos los seguros establecidos por la profesión y relevará al Municipio de cualquier reclamación que surja como resultado de la prestación de los servicios.

Se establece en este documento que la relación entre el Municipio y el Contratista será una relación de servicios profesionales y que, por lo tanto, no existe relación laboral y no existirá relación laboral de ninguna clase entre el Contrista y el Municipio.

## 7. Inhabilitación

La presentación de una oferta en respuesta a esta solicitud es una certificación de que el Contratista no está actualmente inhabilitado, suspendido, propuesto para inhabilitación, y declarado inelegible o excluido voluntariamente de participar en esta transacción por ningún departamento o agencia estatal o federal. La presentación es también un acuerdo de que el Municipio será notificado de cualquier cambio en estas circunstancias.



**MUNICIPIO AUTONOMO DE PONCE**  
**CORONAVIRUS LOCAL FISCAL RECOVERY FUND – ARPA**  
**CFDA-21.027**

**Formulario de Cotización de Servicios Profesionales**  
**Sistema Municipal de Investigación de Casos y Rastreo de Contactos**

<b>SECCION I: INFORMACION DEL PROPONENTE</b>				
<b>Nombre y Apellidos</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección Física</b>			<b>Dirección Postal</b>	
¿Se incluye resume o currículum del proponente con este formulario? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>				
<b>SECCION II: EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>				
<b>SECCION III: SERVICIO A PRESTAR</b>				
<input type="checkbox"/> Epidemiólogo Municipal		<input type="checkbox"/> Educadores o Promotores de Salud		
<input type="checkbox"/> Investigadores de Caso y Contactos		<input type="checkbox"/> Bioestadístico		
<b>SECCION IV: PREPARACION ACADEMICA</b>				
<b>Grado Académico</b>	<b>Concentración   Especialidad   Subespecialidad</b>			
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Salud Pública	<input type="checkbox"/> Epidemiología	<input type="checkbox"/> Administración
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Matemáticas	<input type="checkbox"/> Ciencias	<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> Conducta Humana
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Mercadeo	<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Estadísticas	<input type="checkbox"/> Trabajador Social
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Mercadeo	<input type="checkbox"/> Otro:		
¿Se incluye evidencia de la preparación académica del proponente con este formulario? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>				
¿Se incluye evidencia de credenciales o licencias profesionales con este formulario? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>				
Descripción adicional de preparación académica:				



**MUNICIPIO AUTONOMO DE PONCE**  
**CORONAVIRUS LOCAL FISCAL RECOVERY FUND – ARPA**  
**CFDA-21.027**

**Formulario de Cotización de Servicios Profesionales**  
**Sistema Municipal de Investigación de Casos y Rastreo de Contactos**

**SECCION V: COMPETENCIAS O DESTREZAS DEL PROPONENTE**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Experiencia trabajo relacionado a COVID-19 | <input type="checkbox"/> Rastreo de contactos y seguimiento    | <input type="checkbox"/> Vacunación             |
| <input type="checkbox"/> Realización de pruebas                     | <input type="checkbox"/> Protocolos de COVID-19 o relacionados | <input type="checkbox"/> Entrevistas            |
| <input type="checkbox"/> Diseño y ejecución de procedimientos       | <input type="checkbox"/> Redacción de informes                 | <input type="checkbox"/> Liderazgo              |
| <input type="checkbox"/> Comunicación                               | <input type="checkbox"/> Aplicaciones tecnológicas             | <input type="checkbox"/> Programas estadísticos |
| <input type="checkbox"/> Manejo de situaciones o crisis             | <input type="checkbox"/> Ley HIPPA y confidencialidad          | <input type="checkbox"/> Servicio al cliente    |
| <input type="checkbox"/> Organización y planificación               | <input type="checkbox"/> Coordinar de actividades o proyectos  | <input type="checkbox"/> Control de calidad     |
| <input type="checkbox"/> Manejo y factores de riesgos               | <input type="checkbox"/> Términos básicos médicos              | <input type="checkbox"/> Análisis de datos      |
| <input type="checkbox"/> Otro:                                      |  |   |

**SECCION VI: COTIZACION DE HONORARIOS POR HORA**

\$

CERTIFICO QUE LA INFORMACION EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y VERDADERA. LA INFORMACION FUE SUMINISTRADA LIBRE DE COACCION Y VOLUNTARIAMENTE. ENTIENDO QUE LA INFORMACION BRINDADA HA SIDO REQUERIDA PARA EL PROCESO DE EVALUACION Y SELECCION DE COTIZACIONES DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA DEL SISTEMA MUNICIPAL DE INVESTIGACION DE CASOS Y RASTREO DE CONTACTOS DEL MUNICIPIO. AUTORIZO AL MUNICIPIO A VERIFICAR TODA LA INFORMACION PROVISTA EN ESTE FORMULARIO. ENTIENDO QUE TODA INFORMACION FALSA PUEDE SER CASTIGABLE BAJO LEY FEDERAL.

FIRMA:

FECHA:

**SECCION VII: EVALUACION DEL PROPONENTE (Uso exclusivo del Municipio)**

Elemento de Evaluación	Máximo de Puntos	Puntos Otorgados	Comentarios
1. Experiencia del proponente	30		
2. Costo por hora	10		
3. Capacidad del proponente y preparación académica	30		
4. Entrevista	30		
<b>Total</b>	<b>100</b>		

Comentarios del Evaluador

Nombre del Evaluador	Firma	Título	Fecha