



PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

Informe de Auditoría o especial: DA-20-05 Número de unidad: 2131 Entidad auditada: Hospital Universitario de Adultos (UDH) Departamento de Salud

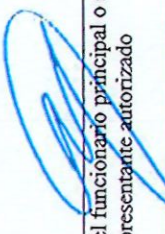
Fecha del informe: 21 de octubre de 2019 al 31 de marzo de 2019

Indique: PAC ICP -

Funcionario enlace: Carlos R. Mellado López, MD Puesto: Secretario de Salud Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3399/3393

Funcionario principal o su representante autorizado: Lcdo. Miguel A. Verdiales Morales Puesto: Principal Asesor Legal del Secretario Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3660

CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA

Firma del funcionario principal o su representante autorizado:  Fecha: _____

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	RESULTADO
Adoptar un procedimiento para establecer las normas que debe seguir el Hospital, al realizar las gestiones de cobro de deudas atrasadas	Se adoptó un Plan de Solvencia Económica, al amparo de la Ley 230 de 23 de julio de 1974 y el Reglamento 44 del Departamento de Hacienda, "Deudas no contributivas existentes a favor del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".	Se autoriza y adopta el Plan de Solvencia Económica con vigencia inmediata.
Asegurarse que el Director Ejecutivo ejerza una supervisión efectiva del funcionamiento del Departamento de Recursos Fiscales e imparta instrucciones a la Directora de Recursos Fiscales para que cumpla con las disposiciones del Reglamento 44.	Se imparten instrucciones al Director Ejecutivo del UDH sobre la implantación inmediata del Plan de Solvencia Económica, preparación de informes de progreso mensuales e inclusión de estados de progreso en las reuniones y plan de trabajo.	Se imparten las instrucciones y se incluye en el plan de trabajo y reuniones de personal de la Oficina del Secretario de Salud.

(Véase instrucciones al final del modelo)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL MODELO PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

1. El funcionario a quien se le dirijan las recomendaciones, o su representante autorizado, debe completar este modelo y someterlo a la Oficina del Contralor de Puerto Rico dentro del término de noventa (90) días consecutivos, contados a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de publicación del informe de auditoría o especial. El mismo deberá enviarse a la dirección de correo electrónico correspondiente.
2. En aquellos casos en que queden recomendaciones pendientes de cumplimentar a la fecha del primer informe, se prepararán **informes complementarios (ICP)** cada noventa (90) días, contados a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de la notificación del resultado de la evaluación.
3. En las columnas del modelo se incluye la siguiente información:
 - a. **Recomendación:** En esta columna, se detallan las recomendaciones. Las recomendaciones se presentan en el mismo orden y con el número de identificación que aparece en el informe de auditoría o especial.
 - b. **Acción Correctiva:** En esta columna, se indican las medidas adoptadas o las que se proponen tomar para cumplir con las recomendaciones.
 - c. **Resultado:** En esta columna, se indica el resultado de las gestiones realizadas. Las recomendaciones se clasifican como:
 - **Cumplimentadas:** Recomendaciones para las cuales se tomaron acciones correctivas y se obtuvieron los resultados deseados.
 - **Parcialmente cumplimentadas:** Recomendaciones con respecto a las cuales se han establecido medidas correctivas, pero quedan algunos asuntos pendientes.
 - **No cumplimentadas:** Recomendaciones para las cuales no se han establecido acciones correctivas.

En cada uno de los apartados de **Acción Correctiva** y de **Resultado** deben ofrecerse datos que permitan una evaluación adecuada.
4. En dichos informes se deben establecer las razones para objetar alguna recomendación y, una descripción específica de cualquier acción correctiva alterna implantada en sustitución de la recomendación original.
5. Recomendamos que designe a un funcionario de enlace, preferiblemente de la Oficina de Auditoría Interna, para que realice el proceso relacionado con el **PAC**.



COMISION ADMINISTRATIVA
del Poder

Comisión de Asesoría
del Poder Ejecutivo

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE FINANZAS

INDICE

23	RESUMEN EJECUTIVO	I
24	PROPÓSITO	II
24	CRISTÓBAL DE COBRO	III
24	ESTUDIO DE SOLVENCIA ECONOMICA DEL DEUDOR	IV
28	PLAN DE PAGO	V
29	NOTIFICACIONES DE COBRO	VI
29	ANEXOS	VII
29	REFERENCIAS	VIII

PLAN DE SOLVENCIA ECONOMICA

I - BASE LEGAL

Este procedimiento se emite conforme a la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, según enmendada, conocida como la "Ley de Contabilidad Central del Gobierno de Puerto Rico" (Ley Núm. 230 - 1974), y el Reglamento Núm. 44 del Departamento de Hacienda conocido como "Deudas No Contributivas Existentes a Favor del Estado Libre Asociado de Puerto Rico" (Reglamento Núm. 44).

La Ley Núm. 230 - 1974 confiere al Secretario de Hacienda en el Artículo 12 la facultad de declarar incobrable, cancelar y liquidar cualquier deuda existente a favor del Gobierno de Puerto Rico incluyendo recargos, intereses y penalidades de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Núm. 44. Además establece en el inciso (e) del mismo artículo que:

"Será obligación de las propias dependencias, incluyendo el Departamento de Hacienda como tal, activar el cobro de todas las deudas de personas naturales y jurídicas que tuviesen registradas en sus libros o récord y adoptar las medidas que autorizare la Ley para cobrar dichas deudas lo antes posible. Se autoriza a las dependencias a transigir y disponer administrativamente de reclamaciones para el pago de deudas existentes a favor del Estado, siempre que la cuantía de la deuda no exceda de la suma de cinco mil (5,000) dólares, y previa la aprobación del Secretario de Hacienda a quien se autoriza a adoptar reglas y formularios para el trámite administrativo de dichas reclamaciones. Los casos en que fuere necesario proceder por la vía judicial serán referidos por las dependencias al Secretario de Justicia de Puerto Rico para que éste proceda en la forma que determine la Ley". (Énfasis nuestro).

Asimismo, La Ley Núm. 230 - 1974 en su artículo 9(j) dispone que "[e]l Secretario, los pagadores nombrados por el Secretario, los municipios, las instrumentalidades, las entidades corporativas y Cuerpos Legislativos no efectuarán pagos a persona natural o jurídica alguna que

2. Segunda gestión de cobro – Transcurridos diez (10) días laborables después de la fecha de vencimiento establecida en la factura sin que se haya recibido el pago o se haya establecido un plan de pago, el Director de Finanzas del Departamento enviará al deudor moroso el Modelo SC 1071³. Esta segunda gestión de cobro será con acuse de recibo mediante entrega postal o personal. En la misma se le indicará la fecha de vencimiento, naturaleza e importe de la deuda y los recargos e intereses acumulados, si alguno. Esta gestión de cobro concederá al deudor treinta (30) días calendario para emitir el pago de la deuda.

3. Tercera gestión de cobro - Transcurridos diez (10) días laborables después de la fecha de vencimiento establecida en la factura sin que se haya recibido el pago o se haya establecido un plan de pago, el Director de Finanzas del Departamento deberá:
 - a. verificar si el deudor es empleado del gobierno;
 - b. comunicarse con la Sección de Deudas del Negociado de Intervenciones del Área de Contabilidad Central del Departamento de Hacienda para validar si el deudor aparece en el Registro de Suplidores del Sistema PRIFAS;
 - c. si el empleado aparece en PRIFAS, deberá completar el Modelo SC 776.1⁴ para que se descuente la deuda de cualquier pago o reembolso que se efectúe a favor del deudor;⁵
 - d. Cuando el deudor sea un empleado o un ex empleado que trabaja para otra agencia, enviará el Modelo SC 776.1 a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia para la cual trabaje para que se proceda a tramitar el descuento de sueldo;

³ Ver Anejo 2. Modelo SC 1071 – Segunda Gestión de Cobro de Deudas No Contributivas

⁴ Ver Anejo 3. Modelo SC 776.1 – Notificación de Deudas No Contributivas o Autorización Para Cancelar o Enmendar una Notificación.

⁵ Facultad conferida en el Artículo 9(j) de la Ley Núm. 230 – 1974, según enmendada.

- i. Preparar el Modelo SC 916⁷ con la información existente en el expediente del caso y lo enviará al Secretario del Departamento o su representante autorizado, incluyendo su recomendación de declarar incobrable la deuda y disponer administrativamente de la misma, y se enviará al Secretario de Hacienda o su representante autorizado.

- d. Si el deudor ha fallecido, deberá evaluar la posibilidad de cobrar la deuda del caudal hereditario e incluir el Certificado de Defunción como parte del expediente.

- e. Si el deudor solicitó un plan de pago;

- f. Si el deudor se encontraba en un plan de pago pero incumplió con el mismo;

- g. Información financiera provista por el deudor (y su cónyuge, si aplica) para determinar si posee bienes embargables como para hacer ejecutable una sentencia o si tiene capacidad económica para sufragar el pago de la deuda:
 - i. Certificación de empleo;
 - ii. Evidencia de ingresos (salario, pensiones, seguro social, u otro);
 - iii. Evidencia de gastos de utilidades (agua y luz);
 - iv. Evidencia del pago de hipoteca o renta;
 - v. Evidencia de cuentas bancarias;
 - vi. Evidencia de bienes muebles e inmuebles que tiene a su nombre (ej. Casas, vehículos, etc.)
 - vii. Cualquier otra evidencia que sea necesaria para demostrar la incapacidad de pago (ej. Ley de Quiebras)

⁷ Ver Anejo 4. Modelo SC 916 – Convenio Para Transigir o Disponer de Deudas no Contributivas que No Excedan de \$5,000

- ii. Si no han transcurridos cinco (5) años desde que la sentencia es final y firme, el Director de Finanzas conservará el expediente hasta que se cumpla dicho término.
- iii. Una vez se cumpla el término, el Director de Finanzas enviará el caso al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda para que declare la deuda incobrable.

V - PLAN DE PAGO

1. Cuando el deudor no pueda cumplir con el pago total de la deuda según requerido, podrá solicitar un plan de pago enviando una carta por correo postal a la Oficina de Finanzas a la siguiente dirección:

Departamento de Salud
Oficina de Finanzas
PO Box 70184
San Juan, PR. 00936 - 8184

2. La carta deberá estar acompañada de evidencia suficiente que demuestre la incapacidad de pago inmediato del deudor, e incluir la siguiente información:
 - a. Nombre completo
 - b. Dirección postal y residencial
 - c. Teléfono
 - d. Breve explicación indicando por qué no puede emitir el pago total según requerido;
 - e. Certificación de empleo
 - f. Evidencia de ingresos (salario, pensiones, seguro social, u otro);
 - g. Evidencia de gastos de utilidades (agua y luz);
 - h. Evidencia del pago de hipoteca o renta;
 - i. Evidencia de cuentas bancarias;

El presente documento

se encuentra en el dominio público y no debe ser considerado como un documento confidencial. Toda reproducción o uso no autorizado de este documento es estrictamente prohibido. Se permite la impresión y distribución de este documento en su totalidad, siempre y cuando se mantenga intacta la integridad del mismo.

ANEJOS

Agencia

Dirección

Menor de \$5,000.00 Mayor de \$5,000.00

Asunto: Factura Núm.
Importe:
Concepto:
Intereses:
Recargos:

Sr (a):

En de de le enviamos la factura mencionada en el asunto, sin embargo, aún no hemos recibido el pago.

Le exhortamos a que envíe su pago dentro de los próximos **30 días** a partir de la fecha de esta comunicación. Debe efectuar el mismo con cheque o giro postal expedido a nombre del Secretario de Hacienda. Tan pronto recibamos su pago, dejaremos sin efecto cualquier otra gestión de cobro que haya sido iniciada.

De no objetar la deuda dentro de los próximos **10 días laborables** o de no recibir su pago dentro del término antes indicado, enviaremos el caso a nuestros abogados para que inicien la acción legal para el cobro de la misma. También, notificaremos al Secretario de Hacienda para que descuente el importe adeudado de cualesquiera pagos que tramite el Gobierno a su favor.

Si pagó la deuda, favor de enviarnos la evidencia de pago.

Cordialmente,

Jefe de la Agencia o su
Representante autorizado

Conservación: Seis años después de recibido el pago o declarada la deuda Incobrable o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.

Original-Deudor
1ra Copia-Dir. Finanzas
2da Copia-Recaudador
3ra Copia-Expediente

Agencia

Dirección

NUM CONVENIO		
AF	AGEN	NUM.

SOLICITUD Y APROBACIÓN DE PLAN DE PAGO

DATOS DEL DEUDOR					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	ESTADO CIVIL		NUM. SEGURO SOCIAL
			<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No Casado		
DIRECCIÓN RESIDENCIAL			DIRECCIÓN POSTAL		
OCUPACIÓN O CLASE DE NEGOCIO		NOMBRE Y DIRECCIÓN PATRÓN ACTUAL		TELÉFONO	
TIEMPO EMPLEO	INGRESO ACTUAL	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
DATOS DEL CÓNYUGE					
NOMBRE			NUM. SEGURO SOCIAL		
OCUPACIÓN O CLASE DE NEGOCIO		NOMBRE Y DIRECCIÓN PATRÓN ACTUAL		TELÉFONO	
TIEMPO EMPLEO	INGRESO ACTUAL	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
DEPENDIENTES (Utilice hoja adicional)					
NOMBRE		PARENTESCO		EDAD	
DETALLE DE OTRAS DEUDAS O COMPROMISOS (Utilice hoja adicional)					
NOMBRE DEL ACREEDOR Y NUM. DE CUENTA		DIRECCIÓN Y TELÉFONO		BALANCE	PAGO MENSUAL
DETALLE DE BIENES (Utilice hoja adicional)					
DESCRIBA LA CLASE, LOCALIZACIÓN Y NATURALEZA DE LA PROPIEDAD:					
GARANTÍA (Utilice hoja adicional)					
DESCRIBA LA CLASE DE VALOR, PROPIEDAD Y LOCALIZACIÓN:					

Los datos que arriba declaro son, a mi mejor entender, ciertos, correctos y completos y asumo la responsabilidad penal que conlleva una declaración falsa. Además, me comprometo a mantener el plan de pago al día y cumplir con las condiciones que me especifiquen. Entiendo que de no cumplir con lo aquí acordado, esa agencia iniciará las gestiones de cobro de acuerdo con las leyes y reglamentos vigentes.

Fecha

Nombre y Firma del Deudor



GOBIERNO DE PUERTO RICO

APÉNDICE A

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE FINANZAS

__ de ____ de ____

NOMBRE DEL DEUDOR
DIRECCIÓN
POSTAL DEL
DEUDOR

RE: PRIMER AVISO DE COBRO

Estimado Sr. _____ :

Se envía esta comunicación mediante correo postal acompañando la Factura al Cobro # _____ para notificarle que usted tiene una deuda con el Departamento de Salud por la cantidad de _____.

De acuerdo a la información que consta en récord esta deuda se origina por lo siguiente:
(Explicar brevemente razón de la deuda; servicio o pago en exceso que recibió, o cualquier otro que aplique)

Deberá emitir el pago en su totalidad en o antes del día ____ de ____ de ____ enviando un giro postal o cheque de gerente a nombre del *Secretario de Hacienda* a la siguiente dirección:

Departamento de Salud
Oficina de Finanzas
PO Box 70184
San Juan, PR. 00936 - 8184

De no poder efectuarlo según requerido, podrá solicitar un plan de pago dentro del mismo término enviando una carta por correo postal a la dirección antes descrita. La carta deberá estar acompañada de evidencia suficiente que demuestre la incapacidad de pago del deudor, e incluir la siguiente información:

- a. Nombre completo
- b. Dirección postal y residencial
- c. Teléfono



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE FINANZAS

APÉNDICE B

**LISTA DE COTEJO DE INFORMACION NECESARIA
PARA DECLARAR A UN DEUDOR INDIGENTE**

Cuando el Departamento no haya podido cobrar la deuda luego de haber utilizado todos los medios a su alcance, deberá analizar los siguientes factores para determinar si el deudor tiene capacidad económica para cumplir con el pago, o por el contrario, se debe solicitar que la deuda sea declarada como incobrable.

Marque con una (X) todos los que apliquen:

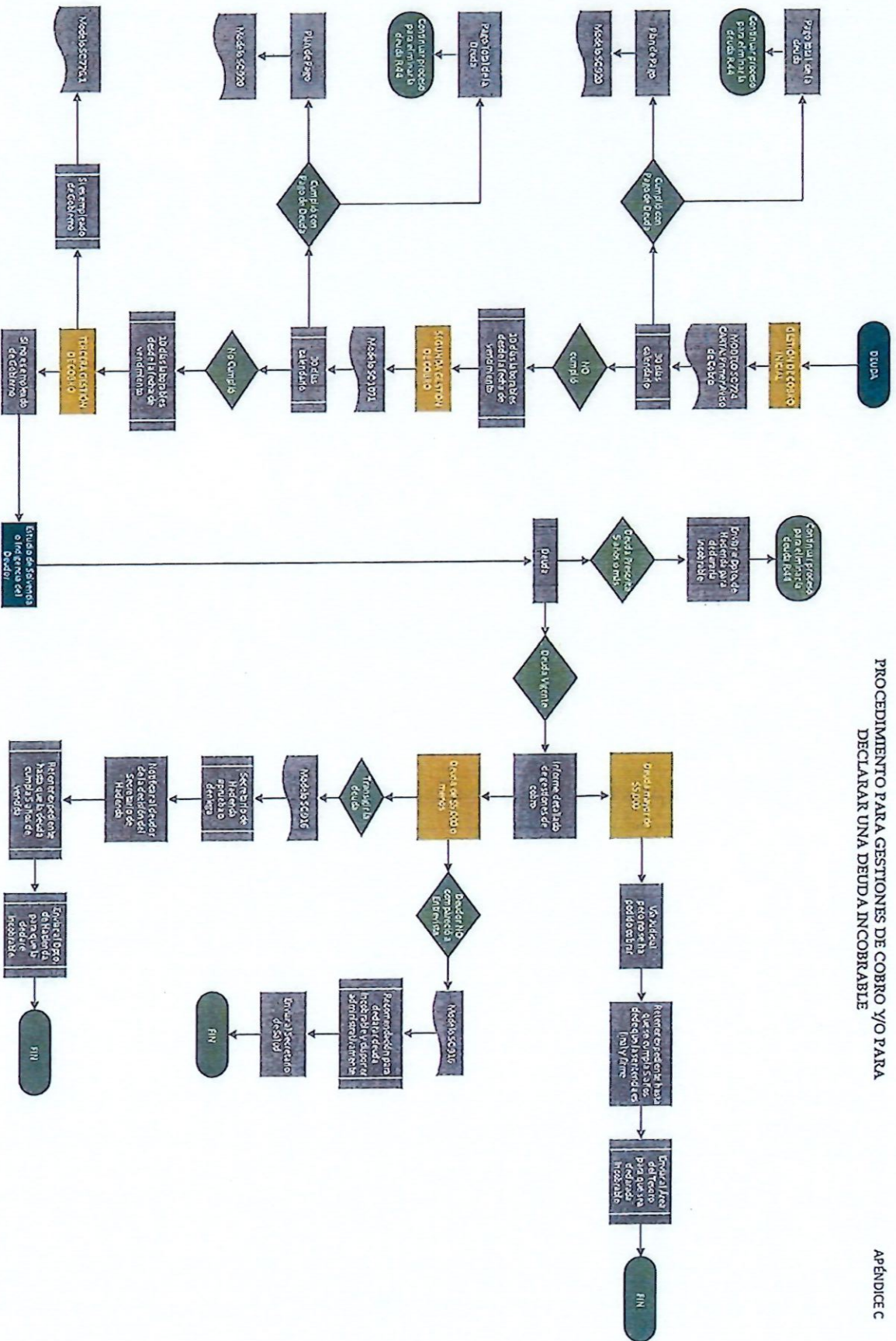
1. Importe de la deuda: _____
2. Prescripción de la deuda; si la deuda tiene cinco (5) años o más de vencida.
Fecha de Vencimiento de la deuda: _____
3. Certificado de Defunción del deudor, si aplica. : ____ Sí ____ No
4. Si el deudor solicitó plan de pago: ____ Sí ____ No
5. Deudor ha sido contactado: ____ Sí ____ No
6. Deudor compareció a entrevista: ____ Sí ____ No
7. Si el deudor es empleado del gobierno: ____ Sí ____ No
8. En cuál agencia labora: _____

Marque con una (X) todos los documentos que fueron provistos por el deudor:

1. Evidencia de ingresos del deudor y su cónyuge, si aplica:
 - ____ Pensiones
 - ____ Salario
 - ____ Seguro Social
 - ____ Certificado de Empleo
 - ____ Otro: _____

PROCEDIMIENTO PARA GESTIONES DE COBRO Y/O PARA
DECLARAR UNA DEUDA INCOBRABLE

APÉNDICE C





PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

Número del informe de auditoría o especial: DA-20-05 Número de unidad: 2131 Nombre de la entidad auditada: Departamento de Salud -Hospital Universitario de Adultos

Fecha del informe de auditoría o especial: 21 de octubre de 2019 al 1 de enero de 2015 al 31 de marzo de 2019

Indique el informe que remite: PAC ICP - 2 Indique si incluye anejo/s: Sí No

Funcionario de enlace: Lcdo. Miguel A. Verdiales Morales Puesto: Principal Asesor Legal del Secretario/ Teléfono: (787) 765-2929 x.3478

Funcionario principal o su representante autorizado: Carlos R. Mellado López, MD Puesto: Secretario de Salud Teléfono: (787) 765-2929

CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA

[Firma manuscrita]

Firma del funcionario principal o su representante autorizado

Fecha: 27 de noviembre de 2023

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
4. Cumplir con el procedimiento establecido en el Reglamento 44 en cuanto a lo siguiente:	Se incluye certificación de la Directora de la Oficina de Finanzas.	Oficina de Finanzas	Implantado	Cumplimentada
4(a)-Verificar si los deudores son o no empleados gubernamentales para proceder con el trámite de descontar la deuda de los pagos o reembolsos de Gobierno, o del sueldo.	Se solicitó al área de facturación y cobros, recopilar la información del lugar de trabajo de los deudores. Establecer el procedimiento para el trámite de descontar la deuda de los pagos o reembolsos del Gobierno, o del sueldo en coordinación con el Departamento de Recursos Fiscales del hospital	Facturación y Cobros Hospital Facturación y Cobros Hospital Recursos Fiscales del Hospital	Implantado	Cumplimentada
4(b)-De no recibir pago, realizar un estudio de solvencia económica o de indigencia del deudor.	Se incluye copia del Plan de Solvencia del Departamento de Salud	Oficina del Gerente Fiscal	Implantado	Cumplimentado
4(c)-Identificar las deudas atrasadas y determinar si deben ser remitidas al secretario de Justicia o al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda para la acción correspondiente.	Se solicitó al área de facturación y cobros separar las deudas por cantidades: deudas < de \$5 mil que se referirán al Departamento de Hacienda y deudas > de \$5 mil que se referirán al Departamento de Justicia	Recursos Fiscales del Hospital	Implantado	Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

*Informe Complementario al Plan de Acción Correctiva (IPC-2)
Oficina del Contralor*

CERTIFICACIÓN

Según Recomendación relacionado al Informe de Auditoría DA-20-05 sobre el inciso 4 de la a, a la c, donde solicita lo siguiente:

1. **Certificación que indique si se verifico si los deudores son o no empleados gubernamentales. Además, copia del procedimiento que se utilizara para de descontar la deuda de los pagos o reembolsos al Gobierno, o del sueldo.** De los informes recibidos de UDH se desprende si el deudor es empleado de gobierno o no, siempre y cuando el deudor indicara lo correcto. En el plan de solvencia incluido, indica en pagina 5, inciso 3, Tercera gestión de cobro, el proceso a seguir.
2. **Copia del borrador del estudio de solvencia económica que se utilizara para determinar la solvencia o indigencia para los deudores de los cuales no se reciban pagos.** Se incluye copia del Plan de Solvencia.
3. **Certificación que indique si se identificaron las deudas atrasadas y se determino cuales se deben remitir al Secretario de Justicia o al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda para la acción correspondiente.** De las 31 cajas, que comprenden del 2010 al 2021, recibidas para evaluación y tramite a Justicia o Hacienda, están incluidos y divididos por cantidades de deuda, o sea, menor de 5,000 (Hacienda) y mayor de 5,000 (Justicia). Como plan de trabajo para cumplir con esta acción, se estarán trabajando los envíos a Justicia y Hacienda a razón de 2 cajas por semana, comenzando el 15 de enero de 2024 para culminar aproximadamente el 4 de mayo de 2024.

Yo, Velmery Martínez Yace, certifico que la información aquí brindada es correcta.

En San Juan, Puerto Rico, hoy 27 de noviembre de 2023.

Firma

Directora de Finanzas

Puesto



27 de noviembre de 2023

Lcdo. Jorge Matta Gonzáles
Director Ejecutivo
Hospital Universitario de Adulto (UDH)

Lcda. Janet A. Báez Rivera
Directora de Recursos Fiscales
Hospital Universitario de Adulto (UDH)

Por la presente certifico que la Compañía Continium Care Solution (CCS) como parte del "Procedimiento a seguir con los pacientes que son responsables del pago de los Servicios Médico-Hospitalarios" **se verifica si los deudores son o no empleados gubernamentales.**

Cordialmente,

Petra R Valdés Caraballo, MHSA
Directora Operacional - CCS
Hospital Universitario de Adulto (UDH)



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE FINANZAS

PLAN DE SOLVENCIA ECONÓMICA

I - BASE LEGAL

Este procedimiento se emite conforme a la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, según enmendada, conocida como la "Ley de Contabilidad Central del Gobierno de Puerto Rico" (Ley Núm. 230 - 1974), y el Reglamento Núm. 44 del Departamento de Hacienda conocido como "Deudas No Contributivas Existentes a Favor del Estado Libre Asociado de Puerto Rico" (Reglamento Núm. 44).

La Ley Núm. 230 - 1974 confiere al Secretario de Hacienda en el Artículo 12 la facultad de declarar incobrable, cancelar y liquidar cualquier deuda existente a favor del Gobierno de Puerto Rico incluyendo recargos, intereses y penalidades de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Núm. 44. Además establece en el inciso (e) del mismo artículo que:

"Será obligación de las propias dependencias, incluyendo el Departamento de Hacienda como tal, activar el cobro de todas las deudas de personas naturales y jurídicas que tuviesen registradas en sus libros o récord y adoptar las medidas que autorizare la Ley para cobrar dichas deudas lo antes posible. Se autoriza a las dependencias a transigir y disponer administrativamente de reclamaciones para el pago de deudas existentes a favor del Estado, siempre que la cuantía de la deuda no exceda de la suma de cinco mil (5,000) dólares, y previa la aprobación del Secretario de Hacienda a quien se autoriza a adoptar reglas y formularios para el trámite administrativo de dichas reclamaciones. Los casos en que fuere necesario proceder por la vía judicial serán referidos por las dependencias al Secretario de Justicia de Puerto Rico para que éste proceda en la forma que determine la Ley". (Énfasis nuestro).

Asimismo, La Ley Núm. 230 - 1974 en su artículo 9(j) dispone que "[e]l Secretario, los pagadores nombrados por el Secretario, los municipios, las instrumentalidades, las entidades corporativas y Cuerpos Legislativos no efectuarán pagos a persona natural o jurídica alguna que

2. Segunda gestión de cobro - Transcurridos diez (10) días laborables después de la fecha de vencimiento establecida en la factura sin que se haya recibido el pago o se haya establecido un plan de pago, el Director de Finanzas del Departamento enviará al deudor moroso el Modelo SC 1071³. Esta segunda gestión de cobro será con acuse de recibo mediante entrega postal o personal. En la misma se le indicará la fecha de vencimiento, naturaleza e importe de la deuda y los recargos e intereses acumulados, si alguno. Esta gestión de cobro concederá al deudor treinta (30) días calendario para emitir el pago de la deuda.

3. Tercera gestión de cobro - Transcurridos diez (10) días laborables después de la fecha de vencimiento establecida en la factura sin que se haya recibido el pago o se haya establecido un plan de pago, el Director de Finanzas del Departamento deberá:
 - a. verificar si el deudor es empleado del gobierno;
 - b. comunicarse con la Sección de Deudas del Negociado de Intervenciones del Área de Contabilidad Central del Departamento de Hacienda para validar si el deudor aparece en el Registro de Suplidores del Sistema PRIFAS;
 - c. si el empleado aparece en PRIFAS, deberá completar el Modelo SC 776.1⁴ para que se descuente la deuda de cualquier pago o reembolso que se efectúe a favor del deudor;⁵
 - d. Cuando el deudor sea un empleado o un ex empleado que trabaja para otra agencia, enviará el Modelo SC 776.1 a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia para la cual trabaje para que se proceda a tramitar el descuento de sueldo;

³ Ver Anejo 2. Modelo SC 1071 - Segunda Gestión de Cobro de Deudas No Contributivas

⁴ Ver Anejo 3. Modelo SC 776.1 - Notificación de Deudas No Contributivas o Autorización Para Cancelar o Enmendar una Notificación.

⁵ Facultad conferida en el Artículo 9(j) de la Ley Núm. 230 - 1974, según enmendada.

- i. Preparar el Modelo SC 916⁷ con la información existente en el expediente del caso y lo enviará al Secretario del Departamento o su representante autorizado, incluyendo su recomendación de declarar incobrable la deuda y disponer administrativamente de la misma, y se enviará al Secretario de Hacienda o su representante autorizado.

- d. Si el deudor ha fallecido, deberá evaluar la posibilidad de cobrar la deuda del caudal hereditario e incluir el Certificado de Defunción como parte del expediente.

- e. Si el deudor solicitó un plan de pago;

- f. Si el deudor se encontraba en un plan de pago pero incumplió con el mismo;

- g. Información financiera provista por el deudor (y su cónyuge, si aplica) para determinar si posee bienes embargables como para hacer ejecutable una sentencia o si tiene capacidad económica para sufragar el pago de la deuda:
 - i. Certificación de empleo;
 - ii. Evidencia de ingresos (salario, pensiones, seguro social, u otro);
 - iii. Evidencia de gastos de utilidades (agua y luz);
 - iv. Evidencia del pago de hipoteca o renta;
 - v. Evidencia de cuentas bancarias;
 - vi. Evidencia de bienes muebles e inmuebles que tiene a su nombre (ej. Casas, vehículos, etc.)
 - vii. Cualquier otra evidencia que sea necesaria para demostrar la incapacidad de pago (ej. Ley de Quiebras)

⁷ Ver Anejo 4. Modelo SC 916 – Convenio Para Transigir o Disponer de Deudas no Contributivas que No Excedan de \$5,000

- ii. Si no han transcurridos cinco (5) años desde que la sentencia es final y firme, el Director de Finanzas conservará el expediente hasta que se cumpla dicho término.
- iii. Una vez se cumpla el término, el Director de Finanzas enviará el caso al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda para que declare la deuda incobrable.

V - PLAN DE PAGO

1. Cuando el deudor no pueda cumplir con el pago total de la deuda según requerido, podrá solicitar un plan de pago enviando una carta por correo postal a la Oficina de Finanzas a la siguiente dirección:

Departamento de Salud
Oficina de Finanzas
PO Box 70184
San Juan, PR. 00936 - 8184

2. La carta deberá estar acompañada de evidencia suficiente que demuestre la incapacidad de pago inmediato del deudor, e incluir la siguiente información:
 - a. Nombre completo
 - b. Dirección postal y residencial
 - c. Teléfono
 - d. Breve explicación indicando por qué no puede emitir el pago total según requerido;
 - e. Certificación de empleo
 - f. Evidencia de ingresos (salario, pensiones, seguro social, u otro);
 - g. Evidencia de gastos de utilidades (agua y luz);
 - h. Evidencia del pago de hipoteca o renta;
 - i. Evidencia de cuentas bancarias;

ANEJOS

Modelo SC 1071
Regl. Núm. 44
21 ago 08

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Anejo 2

Agencia

Dirección

Menor de \$5,000.00 Mayor de \$5,000.00

Asunto: Factura Núm.
Importe:
Concepto:
Intereses:
Recargos:

Sr (a):

En de de le enviamos la factura mencionada en el asunto, sin embargo, aún no hemos recibido el pago.

Le exhortamos a que envíe su pago dentro de los próximos **30 días** a partir de la fecha de esta comunicación. Debe efectuar el mismo con cheque o giro postal expedido a nombre del Secretario de Hacienda. Tan pronto recibamos su pago, dejaremos sin efecto cualquier otra gestión de cobro que haya sido iniciada.

De no objetar la deuda dentro de los próximos **10 días laborables** o de no recibir su pago dentro del término antes indicado, enviaremos el caso a nuestros abogados para que inicien la acción legal para el cobro de la misma. También, notificaremos al Secretario de Hacienda para que descuente el importe adeudado de cualesquiera pagos que tramite el Gobierno a su favor.

Si pagó la deuda, favor de enviarnos la evidencia de pago.

Cordialmente,

Jefe de la Agencia o su
Representante autorizado

Conservación: Seis años después de recibido el pago o declarada la deuda incobrable o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.

Modelo SC 920
Regl. Núm.44
21-Aug-08

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Anejo 7

Original-Deudor
1ra Copia-Dlr. Finanzas
2da Copia-Recaudador
3ra Copia-Expediente

Agencia

Dirección

NUM CONVENIO		
AF	AGEN	NUM.

SOLICITUD Y APROBACIÓN DE PLAN DE PAGO

DATOS DEL DEUDOR					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
ESTADO CIVIL				NUM. SEGURO SOCIAL	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No Casado					
DIRECCIÓN RESIDENCIAL			DIRECCIÓN POSTAL		
OCUPACIÓN O CLASE DE NEGOCIO			NOMBRE Y DIRECCIÓN PATRONO ACTUAL		TELÉFONO
TIEMPO EMPLEO	INGRESO ACTUAL	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
DATOS DEL CÓNYUGE					
NOMBRE			NUM. SEGURO SOCIAL		
OCUPACIÓN O CLASE DE NEGOCIO			NOMBRE Y DIRECCIÓN PATRONO ACTUAL		TELÉFONO
TIEMPO EMPLEO	INGRESO ACTUAL	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	
DEPENDIENTES (Utilice hoja adicional)					
NOMBRE		PARENTESCO		EDAD	
DETALLE DE OTRAS DEUDAS O COMPROMISOS (Utilice hoja adicional)					
NOMBRE DEL ACREEDOR Y NUM. DE CUENTA		DIRECCIÓN Y TELÉFONO		BALANCE	PAGO MENSUAL
DETALLE DE BIENES (Utilice hoja adicional)					
DESCRIBA LA CLASE, LOCALIZACIÓN Y NATURALEZA DE LA PROPIEDAD:					
GARANTÍA (Utilice hoja adicional)					
DESCRIBA LA CLASE DE VALOR, PROPIEDAD Y LOCALIZACIÓN:					

Los datos que arriba declaro son, a mi mejor entender, ciertos, correctos y completos y asumo la responsabilidad penal que conlleva una declaración falsa. Además, me comprometo a mantener el plan de pago al día y cumplir con las condiciones que me especifiquen. Entiendo que de no cumplir con lo aquí acordado, esa agencia iniciará las gestiones de cobro de acuerdo con las leyes y reglamentos vigentes.

Fecha

Nombre y Firma del Deudor

Conservación: Igual que el Expediente del cual forma parte.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE FINANZAS

APÉNDICE A

__ de ____ de ____

NOMBRE DEL DEUDOR
DIRECCIÓN
POSTAL DEL
DEUDOR

RE: PRIMER AVISO DE COBRO

Estimado Sr. _____ :

Se envía esta comunicación mediante correo postal acompañando la Factura al Cobro #_____, para notificarle que usted tiene una deuda con el Departamento de Salud por la cantidad de _____.

De acuerdo a la información que consta en récord esta deuda se origina por lo siguiente:
(Explicar brevemente razón de la deuda; servicio o pago en exceso que recibió, o cualquier otro que aplique)

Deberá emitir el pago en su totalidad en o antes del día __ de ____ de ____ enviando un giro postal o cheque de gerente a nombre del *Secretario de Hacienda* a la siguiente dirección:

Departamento de Salud
Oficina de Finanzas
PO Box 70184
San Juan, PR. 00936 - 8184

De no poder efectuarlo según requerido, podrá solicitar un plan de pago dentro del mismo término enviando una carta por correo postal a la dirección antes descrita. La carta deberá estar acompañada de evidencia suficiente que demuestre la incapacidad de pago del deudor, e incluir la siguiente información:

- a. Nombre completo
- b. Dirección postal y residencial
- c. Teléfono



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE FINANZAS

APÉNDICE B

**LISTA DE COTEJO DE INFORMACION NECESARIA
PARA DECLARAR A UN DEUDOR INDIGENTE**

Cuando el Departamento no haya podido cobrar la deuda luego de haber utilizado todos los medios a su alcance, deberá analizar los siguientes factores para determinar si el deudor tiene capacidad económica para cumplir con el pago, o por el contrario, se debe solicitar que la deuda sea declarada como incobrable.

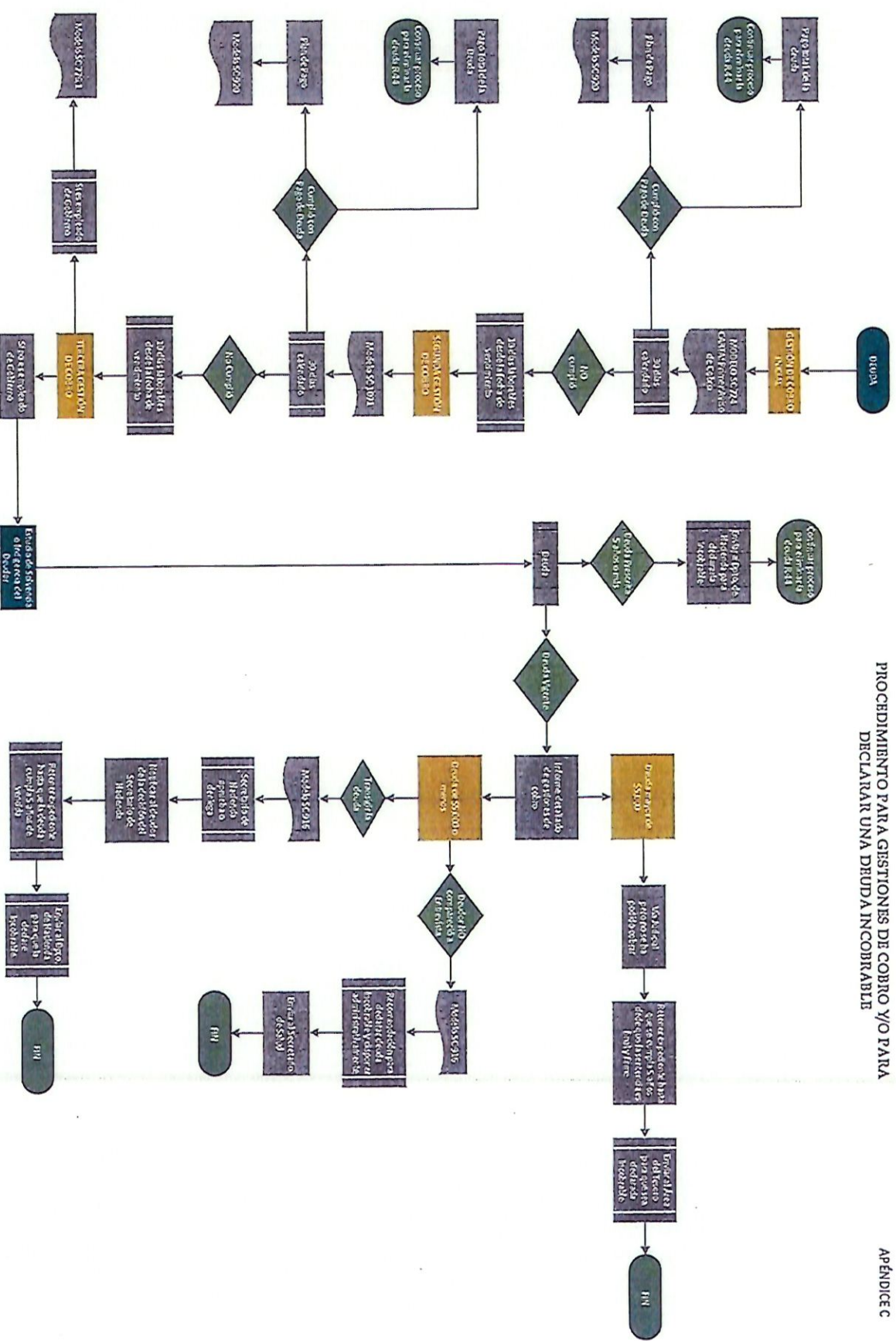
Marque con una (X) todos los que apliquen:

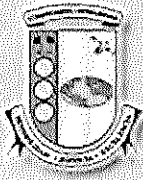
1. Importe de la deuda: _____
2. Prescripción de la deuda; si la deuda tiene cinco (5) años o más de vencida.
Fecha de Vencimiento de la deuda: _____
3. Certificado de Defunción del deudor, si aplica: ____ Sí ____ No
4. Si el deudor solicitó plan de pago: ____ Sí ____ No
5. Deudor ha sido contactado: ____ Sí ____ No
6. Deudor compareció a entrevista: ____ Sí ____ No
7. Si el deudor es empleado del gobierno: ____ Sí ____ No
8. En cuál agencia labora: _____

Marque con una (X) todos los documentos que fueron provistos por el deudor:

1. Evidencia de ingresos del deudor y su cónyuge, si aplica:
____ Pensiones
____ Salario
____ Seguro Social
____ Certificado de Empleo
____ Otro: _____

PROCEDIMIENTO PARA GESTIONES DE COBRNO Y/O PARA DECLARAR UNA DEUDA INCOBRABLE





ENVIO DEL PAC Y LOS ICP

Entidad:

De: miguel.verdiles@salud.pr.gov

Asunto:

Informe: DA - 20 - 05

Solo podrá cargar hasta 2MB por documento.

Attachment: No file chosen

Documento: 102331-ICP-3.pdf

Attachment: No file chosen

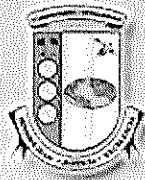
Documento: 102338-ICP 3- DA 20 05 Anejo 1 y 2.pdf

Attachment: No file chosen

Documento: 102348-Plan de Solvencia Economica 5 de octubre 2022.pdf

Mensaje:

*Campos Requeridos



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Oficina del Contralor

PAC

Oficina del Contralor

Ayuda

Salir

[Presione aquí para enviar otro mensaje](#)

Número de Envío: 35999

Sugerimos incluya este número en el documento original del modelo que archivará en el documento del PAC



PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

Número del informe de auditoría o especial: DA-20-05 Número de unidad: 2131 Nombre de la entidad auditada: Departamento de Salud -Hospital Universitario de Adultos

Fecha del informe de auditoría o especial: 21 de octubre de 2019 Período auditado: 1 de enero de 2015 al 31 de marzo de 2019

Indique el informe que remite: PAC ICP - 3 Indique si incluye anejo/s: Sí No

Funcionario de enlace: Lcdo. Miguel A. Verdiales Morales Puesto: Principal Asesor Legal del Secretario/ Teléfono: (787) 765-2929 x.3478

Funcionario principal o su representante autorizado: Carlos R. Mellado López, MD Puesto: Secretario de Salud Teléfono: (787) 765-2929

CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA


 Firma del funcionario principal o su representante autorizado

Fecha: 27 de noviembre de 2023

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
4. Cumplir con el procedimiento establecido en el Reglamento 44 en cuanto a lo siguiente:	Se incluye certificación de la Directora de la Oficina de Finanzas.	Oficina de Finanzas	Implantado	Cumplimentada
4(a)-Verificar si los deudores son o no empleados gubernamentales para proceder con el trámite de descontar la deuda de los pagos o reembolsos de Gobierno, o del sueldo.	Se solicitó al área de facturación y cobros, recopilar la información del lugar de trabajo de los deudores. Establecer el procedimiento para el trámite de descontar la deuda de los pagos o reembolsos del Gobierno, o del sueldo en coordinación con el Departamento de Recursos Fiscales del hospital	Facturación y Cobros Hospital Facturación y Cobros Hospital Recursos Fiscales del Hospital	Implantado	Cumplimentada
4(b)-De no recibir pago, realizar un estudio de solvencia económica o de indigencia del deudor.	Se incluye copia del Plan de Solvencia del Departamento de Salud	Oficina del Gerente Fiscal	Implantado	Cumplimentado
4(c)-Identificar las deudas atrasadas y determinar si deben ser remitidas al secretario de Justicia o al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda para la acción correspondiente.	Se solicitó al área de facturación y cobros separar las deudas por cantidades: deudas < de \$5 mil que se referirán al Departamento de Hacienda y deudas > de \$5 mil que se referirán al Departamento de Justicia	Recursos Fiscales del Hospital	Implantado	Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

Informe Complementario al Plan de Acción Correctiva (IPC-2) Oficina del Contralor

CERTIFICACIÓN

Según Recomendación relacionado al Informe de Auditoría DA-20-05 sobre el inciso 4 de la a, a la c, donde solicita lo siguiente:

1. **Certificación que indique si se verificó si los deudores son o no empleados gubernamentales. Además, copia del procedimiento que se utilizara para de descontar la deuda de los pagos o reembolsos al Gobierno, o del sueldo.** De los informes recibidos de UDH se desprende si el deudor es empleado de gobierno o no, siempre y cuando el deudor indicara lo correcto. En el plan de solvencia incluido, indica en pagina 5, inciso 3, Tercera gestión de cobro, el proceso a seguir.
2. **Copia del borrador del estudio de solvencia económica que se utilizara para determinar la solvencia o indigencia para los deudores de los cuales no se reciban pagos.** Se incluye copia del Plan de Solvencia.
3. **Certificación que indique si se identificaron las deudas atrasadas y se determino cuales se deben remitir al Secretario de Justicia o al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda para la acción correspondiente.** De las 31 cajas, que comprenden del 2010 al 2021, recibidas para evaluación y tramite a Justicia o Hacienda, están incluidos y divididos por cantidades de deuda, o sea, menor de 5,000 (Hacienda) y mayor de 5,000 (Justicia). Como plan de trabajo para cumplir con esta acción, se estarán trabajando los envíos a Justicia y Hacienda a razón de 2 cajas por semana, comenzando el 15 de enero de 2024 para culminar aproximadamente el 4 de mayo de 2024.

Yo, Velmary Martínez Yace, certifico que la información aquí brindada es correcta.

En San Juan, Puerto Rico, hoy 27 de noviembre de 2023.

Firma

Directora de Finanzas

Puesto



27 de noviembre de 2023

Lcdo. Jorge Matta Gonzáles
Director Ejecutivo
Hospital Universitario de Adulto (UDH)

Lcda. Janet A. Báez Rivera
Directora de Recursos Fiscales
Hospital Universitario de Adulto (UDH)

Por la presente certifico que la Compañía Continuum Care Solution (CCS) como parte del “Procedimiento a seguir con los pacientes que son responsables del pago de los Servicios Medico-Hospitalarios” **se verifica si los deudores son o no empleados gubernamentales.**

Cordialmente,

Petra R Valdés Caraballo, MHSA
Directora Operacional - CCS
Hospital Universitario de Adulto (UDH)