

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

RYDER HEALTH PLAN, INC.  
Examen Regular al 31 de diciembre de 2013

ENMENDADO

Lourdes E. Rivera Fontáñez, APIR  
Examinadora

## TABLA DE CONTENIDO

ALCANCE DE EXAMEN .....	1
HISTORIA.....	2
ADMINISTRACIÓN Y CONTROL.....	2
JUNTA DE DIRECTORES .....	2
FUNCIONARIOS .....	4
POLÍTICA DE INVERSIONES .....	4
ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y REGLAMENTO .....	5
CONTRATO A PROVEEDORES.....	5
TERRITORIO Y PLAN DE OPERACIONES.....	6
PRIMA SUSCRITA.....	6
REQUISITO DE DEPÓSITO .....	6
FIANZA DE FIDELIDAD.....	6
CONFLICTO DE INTERES .....	8
OTROS ASUNTOS.....	8
TARIFAS Y EVIDENCIAS DE CUBIERTAS .....	8
SISTEMA DE QUERELLAS.....	8
INFORME DE QUERELLAS.....	9
PERSONAL PRODUCTOR .....	9
REGLA XIV-A.....	10
REGLA NÚM. 92 - CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DE RIESGO.....	11
REGLA NÚM. 95 - REQUISITO DE LA OPINIÓN ACTUARIAL .....	13
CONTRATO PER- CÁPITA.....	14
NOTA AL SOBRANTE.....	17
FONDOS NO RECLAMADOS.....	18
ESTADOS FINANCIEROS.....	19
ESTADOS FINANCIEROS COMPARATIVO .....	20
ESTADOS FINANCIEROS AJUSTADOS .....	21
ESTADOS DE INGRESOS Y GASTOS COMPARATIVO .....	22
CONCILIACIÓN DEL SOBRANTE NO ASIGNADO.....	23
COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PARTIDAS DEL INFORME ANUAL.....	24
INTERESES POR COBRAR .....	24
PRIMAS POR COBRAR.....	24
CUIDADO DE SALUD .....	25
RECLAMACIONES POR PAGAR.....	26
GASTOS GENERALES.....	27
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES .....	30



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

---

12 de septiembre de 2014

Ángela Weyne Roig  
Comisionada de Seguros  
Guaynabo, Puerto Rico

Estimada Comisionada:

En armonía con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y Orden de Investigación Número EX-2013-21 de 3 de abril de 2014, se practicó un examen de regular a:

**RYDER HEALTH PLAN, INC.**  
Ave. Font Marcelo Núm. 353 Suite 1  
Humacao, Puerto Rico

a quien en adelante se hará referencia como "la Organización".

**ALCANCE DE EXAMEN**

Este examen cubrió el período comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2013, y todas aquellas transacciones subsiguientes, que a juicio del examinador fueron relevantes.

Se examinaron los activos y obligaciones, según fueron presentados en el informe anual al 31 de diciembre de 2013, así como los desembolsos hechos por la Organización, aplicando los procedimientos indicados en el Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad promulgados por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ("NAIC", por sus siglas en inglés). Se verificó además, el cumplimiento con las

disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y aquellas Cartas Normativas y Circulares emitidas por el Comisionado de Seguros, incluyendo el Código de Salud de Puerto Rico.

## HISTORIA

La Organización fue incorporada en el Departamento de Estado el 7 de mayo de 1984, bajo el nombre de Ryder Health, Plan, Inc., como una corporación sin fines de lucros para proveer servicios médicos-hospitalarios, a través del Ryder Memorial Hospital, Inc., en adelante "el Hospital". Fue autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante "esta Oficina", el 1 de octubre de 1984, para proveer planes de cuidados de salud en esta jurisdicción.

La Organización opera bajo la supervisión de una Junta de Directores, compuesta al 31 de diciembre de 2013, por 19 miembros conforme lo dispone su Reglamento. La Organización mantenía notas al sobrante (préstamo sin la garantía del activo) de \$50,000, con Oriental Bank. Ver tópico de "Otros Asuntos".

## ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

### JUNTA DE DIRECTORES

El Artículo 19.060 del Código de Seguros de Puerto Rico, establece entre otras cosas, que la Junta de Directores de cualquier organización de servicios de salud podrá incluir, proveedores, personas particulares o ambos. De la revisión a las actas de las reuniones de la Junta de Directores de la Organización se encontró que los miembros de la Junta de Directores están compuestos de proveedores, personas particulares o ambos, cumpliendo así con el referido Artículo de ley.

Al 31 de diciembre de 2013, la Junta de Directores de la Organización estaba compuesta por los siguientes:

<b>Directores</b>	<b>Puesto</b>
Rvdo. Edward Rivera	Presidente
Sr. Roque Lebrón	Vicepresidente
Ing. Jesús M. Reina	Secretario
Ing. Heriberto Silva	Tesorero
Lcdo. Pedro Cepeda	Representa Iglesia Evangélica Unida
Prof. Elisama Velázquez	Representa Iglesia Evangélica Unida
Sra. Elba L. Santana	Representa Iglesia Evangélica Unida
Revda. Joaquina de León	Representa Iglesia Evangélica Unida
Sra. Bárbara T. Baylor	Representa Iglesia Unida de Cristo
Revdo. Holly L. MillerShank	Representa Iglesia Unida de Cristo
Dr. José Fernández Chávez	Representa Facultad Médica
Revdo. Boanerges García	Representa Comunidad
Prof. Esther Alemán	Representa Comunidad
CPA. Elsa Berríos	Representa Comunidad
Lcdo. Michael Díaz	Representa Comunidad
Dra. Francisca Rodríguez	Representa Comunidad
Lcda. Miriam Alicea	Representa Comunidad
Prof. Benigno Alicea	Representa Comunidad
Dra. Olga M. Castro	Representa Comunidad
Rvda. Vilma Machín	Alterna
Sra. Carmen Alicia Nebot	Alterna

El Artículo III del Reglamento Corporativo de la Organización, establece entre otras cosas, que la Junta de Directores se compondrá de diecinueve (19) o más miembros y alternos, los cuales son los directores del Hospital Ryder Memorial, Inc. Para el periodo examinado, la Organización cumplió con su Reglamento.

## FUNCIONARIOS

El Artículo III del Reglamento de la Organización, establece, entre otras cosas, que la Junta de Directores es el ente encargado de elegir los funcionarios que habrán de administrar la Organización. Al 31 de diciembre de 2013, los Funcionarios de la Organización fueron electos por la Junta de Directores, estos eran las siguientes:

Funcionarios	Puesto
José R. Feliciano Sepúlveda	Director Ejecutivo
Juan L. de la Rosa Medina	Director Administrativo

## POLÍTICA DE INVERSIONES

El Artículo 6.040(1) del Código de Seguros de Puerto Rico establece, entre otras cosas, que la junta de directores de un asegurador adoptará un plan escrito para adquirir y mantener inversiones y para delinear sus prácticas de inversiones. El Plan de Inversiones deberá expresar las calificaciones profesionales de las personas que habrán de hacer las decisiones rutinarias de inversión para asegurar su competencia y su comportamiento ético. Para el periodo examinado, la Organización mantuvo una política de inversiones, en adelante, "el Plan".

La Organización incumplió con el Artículo 6.040(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, ya que en su Plan no incluía el delinear sus prácticas de inversiones, ni las calificaciones profesionales de las personas que habrán de hacer las decisiones rutinarias de inversión.

El Artículo 6.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico establece que, al menos trimestralmente, y más a menudo si fuere necesario, la junta de directores del asegurador o un comité debidamente autorizado deberá, revisar y actualizar, según sea

apropiado, el plan escrito. La Organización incumplió con lo que establece el referido Artículo 6.040(3), al no revisar su Plan, al menos trimestralmente.

#### **ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y REGLAMENTO**

Para el periodo examinado la Organización no enmendó sus Artículos de Incorporación pero realizó una enmienda a su Reglamento, para modificar varios artículos. Dicha enmienda fue presentada y aprobada por la Junta de Directores en reunión del 14 de diciembre de 2013, y ratificada en resolución de 23 de abril de 2014. El 12 de junio de 2014 la Organización sometió a esta Oficina los cambios en sus operaciones según establecidas en su Reglamento, según requerido en el Artículo 19.030(4) del Código de Seguros de Puerto Rico. Sin embargo, radicó el cambio a esta Oficina pasado los 30 días de anticipación previo al cambio en operaciones.

La Organización incumplió con lo dispuesto en el Artículo 19.030(4) del Código de Seguros de Puerto Rico, al someter en esta Oficina los cambios en sus operaciones según establecidas en su Reglamento, posterior al término de 30 días con antelación al cambio.

#### **CONTRATO A PROVEEDORES**

La Organización efectúa pagos a otros proveedores de salud, a los que se le refieren suscriptores, debido a que el Hospital no cuenta con la especialidad de estos profesionales de la salud. Es importante señalar, que con estos proveedores no se mantenían contratos escritos, y se observó atrasos en el pago de reclamaciones a estos con relación a lo establecido en el Artículo 30.030 del Código de Seguro de Puerto Rico. (Ver tópico de Reclamaciones por Pagar).

## TERRITORIO Y PLAN DE OPERACIONES

### PRIMA SUSCRITA

Para el periodo cubierto en este examen, la Organización mantenía licencia para tramitar negocio de seguros de salud en Puerto Rico.

### REQUISITO DE DEPÓSITO

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía la cantidad de \$600,000, en certificados de depósito bancario, como protección contra insolvencia según lo establecido en el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico.

### FIANZA DE FIDELIDAD

Al 31 de diciembre de 2013, el Hospital mantenía una póliza de responsabilidad profesional para directores y oficiales con el asegurador Liberty Mutual Insurance Company, la cual incluía a la Organización. Esta póliza tenía un límite de \$2,000,000, con una retención de \$30,000. Cabe mencionar que el límite establecido en la póliza del Hospital, en la cual se incluía a la Organización, estaba en cumplimiento con lo recomendado en el "*Financial Examiner Handbook*" promulgado por NAIC.

### ENTIDADES RELACIONADAS

Para el periodo examinado, la Organización pertenecía a un sistema de compañías tenedoras, según definido en la Regla Núm. 83 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, la cual establece las normas y procedimientos para reglamentar las afiliadas.

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización estaba contratada en un 100% por el Hospital, con quien mantenía varios contratos, entre los cuales se encontraban el contrato de arrendamientos y el contrato per cápita.

El SSAP Núm. 25, párrafo 19, del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad del NAIC, establece, entre otras cosas, que las divulgaciones en los estados financieros deberán presentarse se forma clara y completada en todas sus partes.

El Artículo 19.090 del Código de Seguros de Puerto Rico, requiere, entre otras cosas, que cada organización de servicio de salud deberá presentar, en o antes del 31 de marzo, un estado exacto de su situación económica. Dicho estado se hará en los formularios que prescriba el Comisionado, deberá contener la información relacionada con la organización de servicios de salud que sea necesaria para permitir al Comisionado llevar a cabo sus deberes.

La Carta Normativa Núm. 2010-118-AF del 13 de diciembre de 2010, establece, entre otras cosas, que el informe anual debe estar acorde con las instrucciones establecidas por la NAIC, según especificadas en el "*NAIC Annual Statement Instructions*".

Para el 31 de diciembre de 2013, la Organización incumplió con lo dispuesto en el Artículo 19.090 del Código de Seguros de Puerto Rico, el párrafo 19 del SSAP Núm. 25 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC, y la Carta Normativa Núm. 2010-118-AF, al no completar el informe anual en todas sus partes. A continuación se presentan varias de las partes incompletas:

- Notas del Estado Financiero
- Schedule Y Parte 2
- Exhibit 5 e Interrogatorio 23.1
- Interrogatorio General

### **CONFLICTO DE INTERES**

Para el periodo examinado la Organización mantenía una política de conflicto de interés para el monitoreo de la ética de su personal e independencia de sus empleados. La Organización incluía en el Manual del Empleado un código de conducta, el cual era entregado y firmado por los empleados y Funcionarios de la Organización y directores y afiliadas del Hospital.

La Organización cumplió con el Artículo 29.230 del Código de Seguros de Puerto Rico, ya que cada funcionario y director completó el formulario de conflicto de intereses.

### **OTROS ASUNTOS**

#### **TARIFAS Y EVIDENCIAS DE CUBIERTAS**

El Artículo 19.080(1)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece entre otras cosas, que cada suscriptor tiene derecho a una evidencia de cubierta. El Artículo 19.080(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece, que toda organización de servicios de salud deberá inscribir ante el Comisionado, antes de aplicarlas en Puerto Rico, las tarifas a ser utilizadas con cualquier plan de cuidado de salud.

Luego de revisar la evidencia se encontró que la Organización cumplió con las disposiciones de Ley antes mencionadas.

#### **SISTEMA DE QUERELLAS**

El Artículo 19.120(1)(b) del Código de Seguros de Puerto Rico, requiere, entre otras cosas, incluir la designación de un comité de querellas el cual no excederá de cinco (5)

miembros y en los cuales estarán representados los suscriptores de contratos individuales, los suscriptores de planes grupales, y los proveedores. Tales representantes no podrán ser a la vez empleados, funcionarios, directores o accionistas de la Organización. Luego de verificar los registros de la Organización, se determinó que la misma cumplió para el periodo examinado con lo establecido en el referido Artículo de Ley, al mantener un comité de querellas.

#### INFORME DE QUERELLAS

El Artículo 22.050(F)(2)(a) del Código de Salud de Puerto Rico, establece que:

*“Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentaran al Comisionado por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado por el Comisionado.”*

El Artículo 19.120(f) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece lo siguiente:

*“Cada organización de servicios de salud deberá someter al Comisionado de Seguros y al Secretario de Salud un informe anual, en la forma prescrita por el Comisionado, en o antes del 31 de marzo siguiente al año del informe. ... ”*

La Organización cumplió para el periodo examinado con los referidos Artículos de Ley al someter el informe de querella, según el formato prescrito por esta Oficina, dentro de la fecha requerida.

#### PERSONAL PRODUCTOR

El Artículo 19.160(3) del Código de Seguros de Puerto Rico dispone, entre otras cosas, que las organizaciones de servicios de salud tendrán la facultad para contratar

directamente con los suscriptores. Al 31 de diciembre de 2013, las suscripciones eran realizadas por la Organización.

#### **REGLA XIV-A**

La Regla XIV-A del Reglamento del Código de Puerto Rico establece, entre otras cosas, que los aseguradores deberán someter a esta Oficina sus estados financieros auditados, preparado por un contador público autorizado independiente, que incluya la condición financiera y los resultados de las operaciones del asegurador. Al 31 de diciembre de 2013, la Organización sometió los informes financieros auditados por la firma de contadores públicos autorizados FPV & Galíndez, PSC.

El Artículo 4 Inciso (D) de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, requiere, entre otras cosas, que todo asegurador designe un grupo de individuos para constituir un Comité de Auditoría. El Comité de Auditoría de una entidad que controla a un asegurador podrá ser nombrado como el Comité de Auditoría del asegurador. La Organización cumplió con el Artículo 4 Inciso (D) de la referida Regla, ya que el Hospital mantenía un Comité de Auditoría para el periodo examinado.

El Artículo 5(F) de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico establece que los estados financieros deben incluir una nota, la cual deberá contener una reconciliación de las diferencias entre los estados financieros y el informe financiero anual, con una divulgación escrita de la naturaleza de las diferencia. La Organización incumplió con lo que establece la referida Regla, al no divulgar la

diferencia existente entre los estados financieros auditados y el informe anual con relación a los Intereses por Cobrar de \$6,185.

Para el periodo examinado, la Organización cumplió con los Artículos 11 y 12 de la referida Regla, al comunicar los asuntos de controles internos y la carta sobre las calificaciones del contador público autorizado independiente.

#### **REGLA NÚM. 92 – CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DE RIESGO**

La Regla Núm. 92 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico establece las normas para implantar las disposiciones relacionadas con el requisito de capital computado en función del riesgo (RBC por sus siglas en inglés). El Artículo 45.030(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece lo siguiente:

“En o antes del 31 de marzo de cada año, todo asegurador del país preparará y presentará ante el Comisionado un informe sobre su nivel de capital computado en función del riesgo al cierre del año natural anterior, con la información y en la manera que se requiere en las instrucciones sobre capital computado en función del riesgo.”

La Organización presentó, para el periodo examinado, los informes sobre su nivel de capital computado en función del riesgo en la fecha y formato establecido.

El Artículo 45.060 del Código de Seguros de Puerto Rico define un evento de nivel de control autorizado como, entre otros eventos, la presentación por parte del asegurador de un informe de capital computado en función de riesgo que indica que el capital ajustado del asegurador es mayor o igual al nivel de control obligatorio pero menor que el nivel de control autorizado.

Luego de revisar el informe del RBC de la Organización al 31 de diciembre de 2012, se encontró que ésta mantenía un nivel de RBC *ratio* de 86.9%.

La Organización se encuentra en un evento de nivel de control autorizado al 31 de diciembre de 2012, de conformidad con el Artículo 45.060 del Código de Seguros de Puerto Rico. Se le requirió a la Organización subsanar la deficiencia reportada en el RBC *ratio* bajo la Disposición Transitoria según descrita en el Artículo 5 de la Regla Núm. 92 del Reglamento.

Mediante carta del 21 de noviembre de 2013, esta Oficina, le notificó a la Organización que se encontraba en un nivel de control autorizado de conformidad con el Artículo 45.060 del Código de Seguros de Puerto Rico. Esta Oficina le requirió además, preparar y presentar un plan de capital computado en función de riesgo el cual incluyese, entre otras cosas:

- a. Condiciones que propiciaron el evento de nivel de acción.
- b. Acciones correctivas que propone implantar con el propósito de eliminar el evento de nivel de acción.

Mediante carta del 20 de diciembre de 2013, la Organización notificó a esta Oficina que el evento de nivel de acción se debió a que la Organización no estuvo acogida a un plan de reaseguro y como acción correctiva propuso acogerse a un plan de reaseguro. Mediante carta del 5 de marzo de 2014, la Organización sometió a esta Oficina una póliza de trasplante grupal, emitida con Pan American Life Insurance Company of Puerto Rico (PALIC), como contrato de reaseguro. Sin embargo, mediante carta AF-464 del 28 de mayo de 2014, esta Oficina determinó que la póliza no era un contrato de reaseguro, por lo cual no podrían usarla como medida correctiva de RBC

*ratio*. Mediante carta de 11 de junio de 2014, la Organización sometió a esta Oficina un contrato de reaseguro el cual, a la fecha de este examen, aun ésta siendo evaluado.

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía un *RBC ratio* de 232.8%, por lo que cumplió con el Artículo 45.060 del Código de Seguros de Puerto Rico. Cabe señalar que en el evento en que esta Oficina no apruebe el contrato de reaseguro presentado por la Organización su RBC podría disminuir. Mediante carta AF-67 del 28 de agosto de 2014, esta Oficina aprobó el contrato de reaseguros.

#### **REGLA NÚM. 95 - REQUISITO DE LA OPINIÓN ACTUARIAL**

El Artículo 6 de la Regla Núm. 95 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico establece los requisitos que deberá contener la Opinión Actuarial a ser sometida a esta Oficina, así como las reglas aplicables a la designación de un actuario nombrado. Las opiniones actuariales de la Organización para los años 2009 al 2012, fueron preparadas por el actuario Lcdo. Uriel G. Candelas Agosto, MAAA, MAAAPR. Para el 31 de diciembre de 2013, la opinión actuarial fue preparada por el actuario Luis F. Kianes, ASA, MAAA de KACS, LLC.

Mediante carta del 20 de marzo de 2014, la Organización notificó a esta Oficina que contrató el 1 de octubre de 2013, al actuario Luis F. Kianes, para reemplazar al actuario Lcdo. Uriel G. Candelas Agosto, fallecido en Octubre de 2013. La Organización incumplió con el Artículo 6(C) de la Regla Núm. 95, al no haber nombrado o contratado al actuario directamente por, o por la autoridad de la Junta de Directores concedida a un oficial ejecutivo, según se desprende de las actas de las reuniones de la Junta para el

2013. Además, la Organización no notificó la contratación del actuario oportunamente a esta Oficina.

Mediante carta de 28 de marzo de 2014, la Organización solicitó a esta Oficina prórroga para someter la opinión actuarial para el 2013 y se recibió en esta Oficina el 30 de mayo de 2014.

Por otro lado, la Organización incumplió con las Instrucciones del Informe Anual promulgadas por la NAIC en cuanto al contenido y la presentación de la opinión actuarial, así como con el Artículo 7 de la Regla Núm. 95 del Reglamento.

#### CONTRATO PER- CÁPITA

Para el periodo examinado la Organización mantenía una contratación per cápita con el Hospital. El contrato per cápita fue aprobado por esta Oficina, mediante carta AF-229 del 17 de enero de 2008.

El referido contrato entró en vigor el 1 de enero de 2008, sesenta (60) días después de haberse sometido en esta Oficina para su evaluación y aprobación, la cual continuará vigente por un año. Dicho contrato podrá ser renovado por acuerdo escrito entre las partes, por periodos de un (1) año. A su vez, dicho contrato podrá darse por terminado, con o sin causa, mediante la notificación escrita de una de las partes, con no menos de treinta (30) días previa a la fecha de terminación.

Bajo el referido contrato, la Organización concertó con el Hospital para que este ofreciera todos los servicios de salud, según fueron detallados en el Anejo A del contrato, a los suscriptores de la Organización, en todas las dependencias del Hospital (Humacao, Yabucoa y San Lorenzo), como así también aquellas que el Hospital

contrate, no a base per cápita, sino a cambio de honorarios previamente pactados por cada servicio (*"fee for service"*).

Las partes acordaron que los servicios médicos que se describen en la Cláusula III del contrato serán sobre una base de \$45.00 por mes por suscriptor, basado en la experiencia de utilización de los servicios determinada por un estudio actuarial preparado por el actuario de la Organización. Entre las cláusulas y condiciones del contrato se encuentran las siguientes:

- La Organización retendrá su responsabilidad primaria hacia sus suscriptores.
- La Organización proveerá al Hospital, el día primero (1ro) de cada mes, una lista actualizada de sus suscriptores.
- El contrato per cápita, no podrá ser para una cantidad menor de 50 suscriptores, pero tampoco excederá el número de suscriptores de la capacidad del Hospital.
- La tasa per cápita no será menor que la cantidad actuarialmente determinada necesaria para cubrir el costo del servicio brindado al suscriptor.

Para el periodo examinado se verificaron los pagos relacionados al contrato per cápita efectuados por la Organización al Hospital. A continuación se presentan los pagos per cápita para los años 2012 y 2013:

Año	Suscriptores	Cantidad Pagada
2012	4,000	\$2,160,000
2013	3,794	\$2,048,555

Para el periodo examinado la Organización cumplió con el contrato per cápita al pagar al Hospital la cantidad establecida por suscriptor en el referido contrato.

A su vez, se verificó si los pagos de reclamaciones relacionadas con la contratación per cápita eran pagados por el Hospital, según se estableció en el contrato.

La Carta Normativa CA-I-2-1232-91 del 21 de febrero de 1991 establece, entre otras cosas, que la contratación per cápita no menoscabará la obligación de la organización para con el suscriptor y, el incumplimiento del proveedor será considerado como un incumplimiento de la Organización.

De la revisión se encontró que el Hospital no realizó los pagos de los servicios/reclamaciones relacionados con el contrato per cápita, lo que ocasionó que la Organización asumiera el pago de las reclamaciones, afectando así su liquidez. Para los años 2012 y 2013 la Organización asumió los siguientes pagos de reclamaciones:

Año	Pago Reclamaciones CENSO
2012	\$818,013
2013	795,570

Para los años examinados el contrato per cápita no se estaba realizando de acuerdo con los términos establecidos. El Hospital no cumplió con lo establecido en el Artículo V(f) del contrato per cápita al no realizar los pagos de las reclamaciones a los proveedores. Aunque el Hospital reembolsa a la Organización por los desembolsos a estos proveedores, identificados por la Organización como "Censos", algunos reembolsos se hicieron en periodos que fluctuaron los 44 a 123 días, contados a partir del mes al que correspondía el Censo y la fecha del depósito. No existe contrato entre la Organización y el Hospital que establezca las funciones que se transfieren a la Organización, forma de operación y cantidad, si alguna, a pagarse a la Organización

por la administración, función propia del Hospital cuando aceptó la Contratación per Cápita.

A su vez, la Organización incumplió con la Carta Normativa CA-I-2-1232-91 del 21 de febrero de 1991, ya que para el periodo examinado, ésta no sometió anualmente a esta Oficina, en o antes del 31 de marzo, un informe comparativo sobre la experiencia en la contratación per cápita y no realizó el pago de los derechos por \$50, pagaderos a nombre del Secretario de Hacienda.

#### NOTA AL SOBRANTE

Al 31 de diciembre de 2013 la Organización mantenía una Nota al Sobrante (Préstamo sin Garantía de Activo) con el Hospital cuyo balance ascendía a \$50,000 correspondientes al principal de la deuda. Dicho préstamo en su origen se efectuó por \$100,000, con un interés de 12%, y fue aprobado por esta Oficina en octubre de 1984.

Mediante carta E-631(61), esta Oficina autorizó a la Organización a realizar el primer desembolso de \$105,000, correspondiendo a pagos de \$50,000 al principal y \$55,000 para los intereses acumulados. El 1 de mayo de 1997, la Organización desembolsó al Hospital los \$105,000 del Préstamo sin Garantía del Activo según lo autorizó esta Oficina.

Mediante carta del 19 de octubre de 2007, la Organización solicitó el pago del balance de \$202,465. Mediante carta AF-332 del 12 de marzo de 2008, esta Oficina autorizó a la Organización a efectuar un desembolso de \$50,000, sin especificar si el mismo se aplicaría al principal o a los intereses. La Organización, el 28 de abril de 2008, aplicó el pago a los intereses.

El SSAP Núm. 41, párrafo Núm. 2, del Manual de Prácticas y Procedimiento de Contabilidad de la NAIC, establece que el balance del principal de una nota al sobrante se presentará en el informe anual como parte del sobrante. Para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 la Organización incumplió con el referido SSAP al no presentar en sus informes anuales el balance del principal de la Nota al Sobrante.

El SSAP Núm. 41, párrafo 13, del Manual de Prácticas y Procedimiento de Contabilidad de la NAIC y las Instrucciones del Informe Anual de Salud, establecen, las divulgaciones que los aseguradores deben presentar en las notas del informe anual relacionado a notas al sobrante. La Organización para el periodo examinado, incumplió con lo que establece el SSAP antes mencionado y con las Instrucciones del Informe Anual al no divulgar lo siguiente:

- Condiciones del re-pago y restricciones

La Organización incumplió con lo establecido en el SSAP Núm. 41, párrafo 13 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC y con las instrucciones del informe anual de salud al no divulgar en las notas de sus estados financieros las condiciones de re-pago y restricciones de la nota al sobrante que mantenía con el hospital.

#### FONDOS NO RECLAMADOS

El Artículo 26.040(1) del Código de Seguros de Puerto Rico establece, entre otras cosas, que cada asegurador deberá, en o antes del 1 de mayo de cada año, presentar un informe escrito al Comisionado de todos los fondos no reclamados que tengan más de

cinco (5) años de emitidos y sean adeudados al 31 de diciembre inmediatamente precedente.

El Artículo 26.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico establece, entre otras cosas, que cada asegurador que no posea fondos no reclamados deberá radicar una certificación negativa a esos efectos. Para el año 2013, la Organización incumplió con el referido Artículo al someter la certificación negativa con varios días en atraso, según se presenta a continuación:

Año de Informe	Fecha Informe Radicación	Días de Atraso
2013	22 de mayo de 2014	22

Además se encontró, que para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 la Organización incumplió con el Artículo 26.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, al no someter a esta Oficina las certificaciones negativas. No obstante, durante el examen, la Organización sometió a esta Oficina dichas certificaciones negativas.

### ESTADOS FINANCIEROS

Como se mencionara en el tópico de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, los estados financieros auditados de la Organización fueron preparados por la firma de contadores públicos autorizados, FPV & Galíndez, PSC.

A continuación se incluyen los estados financieros según presentados en el informe anual de la Organización al 31 de diciembre de 2012 y 2013:

- Estado de Situación Comparativo
- Estados de Ingresos y Gastos
- Estado de Situación Ajustado
- Conciliación del Sobrante no Asignado al 31 de diciembre de 2013

Ryder Health Plan, Inc.  
**ESTADOS FINANCIEROS COMPARATIVO**  
al 31 de diciembre de 2013 y 2012

	<b>Años</b>	
	<b>2013</b>	<b>2012</b>
<b>Activos</b>		
Bonos	\$225,000	\$225,000
Efectivo	1,063,881	1,009,976
Valores por Recibir	0	7,064
Intereses por Cobrar	2,758	0
Primas por Cobrar	245,024	283,693
Cuidado de Salud	1,898	6,902
Total	\$ 1,538,561	\$ 1,532,635
<b>Pasivos</b>		
Reclamaciones por Pagar	\$ 129,095	\$ 195,969
Primas Pagadas por Adelantado	17,451	19,146
Gastos Generales	77,619	23,614
Pasivos Agregados	600,000	600,000
Total	\$ 824,165	\$838,729
<b>Capital y Sobrante</b>		
Notas al Sobrante	\$ 50,000	\$ 0
Sobrante no Asignado	664,396	693,906
Total Capital y Sobrante	\$714,396	\$ 693,906
Total Pasivo, Capital y Sobrante	\$ 1,538,561	\$ 1,532,635

Ryder Health Plan, Inc.  
ESTADOS FINANCIEROS AJUSTADOS  
al 31 de diciembre de 2013

	Balance Informe Anual 2013	Ajustes/ Reclasificación		Balance de Examen
		Dr.	Cr.	
<b>Activos</b>				
Bonos	\$225,000			\$225,000
Efectivo	1,063,881			1,063,881
Intereses por Cobrar	2,758			2,758
Primas por Cobrar	245,024			245,024
Cuidado de Salud	1,898		\$1,898(R)	0
Activos Agregados	0	\$1,898(R)		1,898
<b>Total</b>	<b>\$1,538,561</b>	<b>\$1,898</b>	<b>\$1,898</b>	<b>\$1,538,561</b>
<b>Pasivos</b>				
Reclamaciones por Pagar	\$129,095			\$129,095
Primas Pagadas por Adelantado	17,451			17,451
Gastos Generales	77,619			77,619
Pasivos Agregados	600,000			600,000
<b>Total</b>	<b>\$824,165</b>			<b>\$824,165</b>
<b>Capital y Sobrante</b>				
Nota del Sobrante	\$50,000			\$50,000
Sobrante no Asignado	664,396			664,396
<b>Total Capital y Sobrante</b>	<b>\$714,396</b>			<b>\$714,396</b>
<b>Total Pasivo, Capital y Sobrante</b>	<b>\$1,538,561</b>			<b>\$1,538,561</b>

Ryder Health Plan, Inc.  
**ESTADOS DE INGRESOS Y GASTOS COMPARATIVO**  
 al 31 de diciembre de 2013 y 2012

<b>Ingresos de Suscripción</b>	2013	2012
Primas Ganadas	\$2,618,154	\$2,733,980
Otros Ingresos	<u>21,369</u>	<u>25,981</u>
Total de Ingresos	<u>\$2,639,523</u>	<u>\$2,759,961</u>
<b>Gastos</b>		
Hospitalización	\$1,844,622	\$1,766,562
Farmacia	450,464	749,169
Gastos Administrativos	<u>349,006</u>	<u>283,748</u>
Total de Gastos	<u>\$2,644,092</u>	<u>\$2,799,479</u>
Pérdida Neta de Suscripción	<u>(\$4,569)</u>	<u>(\$39,518)</u>
Ingresos Neto de Inversiones	11,126	12,800
Otros Gastos Agregados	<u>(11,126)</u>	<u>(12,800)</u>
Pérdida Neta	<u>(\$4,569)</u>	<u>(\$39,518)</u>

Ryder Health Plan, Inc.  
CONCILIACIÓN DEL SOBRANTE NO ASIGNADO  
al 31 de diciembre de 2013

	<u>Balance</u>
Sobrante No Asignado	\$664,396

## COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PARTIDAS DEL INFORME ANUAL

A continuación se presenta un resumen de algunas partidas del informe anual al 31 de diciembre de 2013.

**INTERESES POR COBRAR** **\$2,758**

Al 31 de diciembre de 2013 la Organización mantenía en la cuenta de Intereses por Cobrar un balance ascendente a \$2,758, el cual correspondía a los Certificados de Depósitos, según se desglosan a continuación:

Descripción	Institución Bancaria	Balance
Intereses por Cobrar Certificados de Depósito	Oriental Bank	\$6,937
Intereses por Cobrar Certificados de Depósito	Banco Popular de Puerto Rico	2,006
No-admitidos	-----	(6,185)
Total		\$2,758

Se verificaron los intereses por cobrar contra los depósitos de enero de 2014 según el estado bancario, y se encontró que los mismos fueron en efecto, cobrados.

**PRIMAS POR COBRAR** **\$245,024**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013 en la cuenta de Primas por Cobrar un balance ascendente a \$245,024, el cual representaba el 15.93% de sus activos admitidos, el consistía de primas de menos de 90 días de vencidas, y se compone de lo siguiente:

Suscriptores	Balance
Grupo Privado	\$172,393
Pago Directo	32,301
ELA - Gobierno	143,607
Reserva de Cuentas Incobrables	(103,277)
Total	\$245,024

El SSAP Núm. 6 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC establece que las primas por cobrar de más de noventa (90) días de vencidas serán activos no admitidos. La Organización cumplió con lo establecido en el referido SSAP, al no mantener balances de primas por cobrar de más de noventa (90) días de vencidas.

La Organización, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2014, cobró el balance total de la cuenta al 31 de diciembre de 2013.

**CUIDADO DE SALUD**

**\$0**

La Organización, en su informe anual al 31 de diciembre de 2013, presentó en la cuenta de Cuidado de Salud, un balance ascendente a \$1,898. El balance estaba compuesto de la cuota anual de \$1 de la prima suscrita en promedio por grupos, según requerido por el "*Patient-Centered Outcomes Research Institute*" (PCORI).

Durante el período examinado, la Organización realizó el pago de la cuota a través de la Forma 740 del "*Internal Revenue Service*" (IRS) para el año 2013 por la cantidad de \$2,976. De la cantidad antes mencionada, la Organización facturó a los grupos, ya que estos asumen el costo de la cuota \$1,898. Se verificó, con los ingresos recibidos en el 2014, que la Organización había recobrado parte de dicho balance. A continuación se presenta, el desglose del pago:

Pago de Planilla 2013	Balance Por Cobrar	Diferencia
\$2,976	\$1,898	\$1,078

La diferencia de \$1,078, presentada en la tabla antes mencionada, pertenece a balances que le correspondía a la Organización asumir y la aportación de los suscriptores de pago directo que la Organización asumió.

Esta cuenta se reclasificó por \$1,898, a la cuenta de activos agregados por ser una contribución que la Organización pagó, a través de la planilla modelo 720 del "IRS" del 2013, para presentar el balance en la partida que corresponde.

**RECLAMACIONES POR PAGAR** **\$129,095**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013, en la partida de Reclamaciones por Pagar un balance de \$129,095, el cual representaba el 15.66% del total de sus pasivos.

Durante el examen se verificó el desarrollo de la reserva para el pago de reclamaciones presentadas en el informe anual al 31 de diciembre de 2013, con los pagos incurridos por la Organización del 1 de enero al 31 de mayo de 2014. También, se determinó el total de reclamaciones pendientes al 31 de mayo de 2014, de reclamaciones que fuesen de 2013 o antes. Esto con el propósito de determinar si la reserva eran adecuadas.

Como parte del análisis se determinó que la Organización asumió la responsabilidad del pago de las reclamaciones, la cual correspondía al Hospital, según establecido en el contrato per cápita<sup>1</sup>. La Organización realizó pagos de reclamaciones

---

<sup>1</sup> Ver tópico denominado Otros Asuntos.

de servicios prestados por el Hospital, con fecha en o antes del 2013, según se presentan a continuación:

Facturas 2013	Mes de Pago 2014	Cantidad Pagada
Octubre	enero	\$69,042
noviembre	febrero	34,324
diciembre	marzo	79,978
Total		\$183,344

Cabe señalar que a pesar que el Hospital reembolsaba a la Organización por los pagos realizados, a la fecha de la realización de este examen, los referidos reembolsos no habían sido completados.

#### GASTOS GENERALES

\$77,619

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía en la cuenta de Gastos Generales un balance ascendente a \$77,619, el cual representaba el 9.42% del total de los pasivos, según se presenta a continuación:

Descripción	Balances
Cuentas por Pagar	\$27,557
Cheques Vencidos Proveedores	6,646
Vacaciones Acumuladas	7,618
Nomina Acumulada	5,304
PCORI Cuota por Pagar	2,976
Plan de Pensión	1,198
Contribuciones por Pagar	146
Contribuciones Servicios Profesionales	3,211
Seguro Social Conferir	10
Otros Pagos	5,635
Descuento de Renta	4,255
Contribuciones Especiales	13,062
Total	\$77,619

Luego de verificar la partida de Gastos Generales se encontró que la Organización realizó la acumulación al 31 de diciembre de 2013, de forma adecuada.

## CONCLUSIÓN

La situación financiera de la Organización, para el periodo examinado fue la siguiente:

Total Activos	<u>\$1,538,561</u>
Total Pasivos	\$ 824,165
Total Sobrantes	<u>\$714,396</u>
Total Pasivo y Sobrantes	<u>\$1,538,561</u>

Respetuosamente,

*por: Lourdes E. Rivera*

Lourdes E. Rivera Fontáñez, APIR  
Examinadora

**RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES**

1. La Organización incumplió con el Artículo 6.040(1) del Código de Seguros de Puerto Rico. El plan de inversiones de la Organización no incluía el delinear sus prácticas de inversiones y las calificaciones profesionales de las personas que habrán de hacer las decisiones rutinarias de inversión. Páginas 4-5
2. La Organización incumplió con el Artículo 6.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico. La Organización no revisó su plan de inversiones al menos trimestralmente. Páginas 4-5
3. La Organización incumplió con lo dispuesto en el Artículo 19.030(4) del Código de Seguros de Puerto Rico, al someter en esta Oficina los cambios en sus operaciones según establecidas en su Reglamento, posterior al término de 30 días con antelación al cambio. Página 5
4. La Organización incumplió con lo dispuesto en el Artículo 19.090 del Código de Seguros de Puerto Rico, el párrafo 19 del SSAP Núm. 25 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC, y la Carta Normativa Núm. 2010-118-AF, al no completar el informe anual en todas sus partes. Páginas 7-8
5. La Organización incumplió con lo que establece el Artículo 5(F) de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, al no divulgar la diferencia existente entre los estados financieros auditados y el informe anual con relación a los Intereses por Cobrar de \$6,185. Páginas 10-11

6. La Organización se encuentra, en un evento de nivel control autorizado al 31 de diciembre de 2012, de conformidad con el Artículo 45.060 del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 11-13
7. La Organización incumplió con el Artículo 6(C) de la Regla Núm. 95 del Reglamento al no haber nombrado o contratado al actuario directamente por, o por la autoridad de la Junta de Directores concedida a un oficial ejecutivo. Además la Organización no notificó la contratación del actuario oportunamente a esta Oficina. Páginas 13-14
8. La Organización incumplió con las Instrucciones del Informe Anual promulgadas por la NAIC y el Artículo 7 de la Regla Núm. 95 del Reglamento en cuanto al contenido y la presentación de la opinión actuarial. Páginas 13-14
9. El Hospital no cumplió con lo establecido en el Artículo V(f) del contrato per cápita al no realizar los pagos de las reclamaciones a los proveedores, lo que ocasionó que la Organización asumiera el pago de las reclamaciones, afectando así su liquidez. Páginas 14-17
10. La Organización incumplió con lo requerido en la Carta Normativa CA-I-2-1232-91 del 21 de febrero de 1991, al no someter anualmente a esta Oficina, en o antes del 31 de marzo, un informe comparativo sobre la experiencia en la contratación per cápita y no realizó el pago de los derechos por \$50, pagaderos a nombre del Secretario de Hacienda. Páginas 14-17
11. La Organización incumplió con lo que establece el SSAP Núm. 41, párrafo 2 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC. Para los

años 2009, 2010, 2011 y 2012, la Organización no presentó el balance del principal de la nota al sobrante en su informe anual. Páginas 17-18

12. La Organización incumplió con lo establecido en el SSAP Núm. 41, párrafo 13 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC y con las instrucciones del informe anual de salud al no divulgar en las notas de sus estados financieros las condiciones de re-pago y restricciones de la nota al sobrante que mantenía con el hospital. Página 19

13. La Organización, incumplió con el Artículo 26.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico al someter la certificación negativa del año 2013 con varios días de atraso. Página 19

14. La Organización incumplió con el Artículo 26.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, al no someter a esta Oficina la Certificación Negativa de Fondos no Reclamados para los años 2009, 2010, 2011 y 2012. Página 19

15. Se reclasificó la cantidad de \$1,898 de la cuenta denominada Cuidado de Salud, a la cuenta de Activos Agregados. Páginas 26-27