
	<p align="center"><b>COMPROMISO DE POSTULACIÓN PREMIO A LAS BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD SOCIAL</b></p>	 <p align="center"><b>PR-DIDA-001</b></p>
<p align="center">Versión 03</p>		
<p align="center">Página 1 de 1</p>		

1. Declaramos conocer y comprender las **bases vigentes del Premio a las Buenas Prácticas en Seguridad Social** En tal virtud, comunicamos a la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) nuestra intención de postular en esta versión, así como de cumplir dichas bases, el cronograma y otros requisitos establecidos, de manera voluntaria. **Asimismo, aceptamos el carácter inapelable de las decisiones del Jurado.**
2. Entendemos que el informe de postulación y las evidencias que entregaremos, dentro del plazo establecido por la DIDA, serán revisadas por un Comité Evaluador (CE) y seleccionadas por un Jurado Seleccionador.
3. Nos comprometemos a suministrar toda la documentación y evidencias que contribuyan para que dicho Comité realice una evaluación precisa, imparcial y lo más objetiva posible.
4. Si obtenemos algún reconocimiento dentro de la premiación, declaramos estar dispuestos y comprometidos a compartir nuestras mejores prácticas con otras organizaciones, en la forma que lo establezca la DIDA a través de la página web [www.dida.gob.do](http://www.dida.gob.do).
5. En caso de que resultáramos reconocidos algún galardón la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) tendrá la facultad de utilizar nuestro informe de postulación, como documento didáctico-formativo para otros organismos interesados.
6. **Sólo utilizaremos el sello del Premio a las Buenas Prácticas en Seguridad Social si nuestra organización recibe uno de los reconocimientos establecidos en la premiación y luego de la validación del Comité Técnico del Premio a Buenas Prácticas en Seguridad Social y que se encuentre ubicado en la página web [www.dida.gob.do](http://www.dida.gob.do).**

**COMPLETAR**

<b>NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:</b>	
<b>NOMBRE DE LA MÁXIMA AUTORIDAD:</b>	
<b>RESPONSABLE DE LA POSTULACIÓN:</b>	
<b>FECHA DE POSTULACIÓN:</b>	

\_\_\_\_\_  
(Firma y sello máxima autoridad del postulante)