



De acuerdo a los parámetros establecidos en la carta circular núm. 013-2021 “Medidas Para Asegurar La Transparencia Y Responsabilidad Fiscal En La Contratación Gubernamental De Servicios Profesionales” emitida el 7 de junio de 2021 por la Oficina De Gerencia Y Presupuesto Del Gobierno De Puerto Rico, parte v, sección a, b (i a la iii) y la Orden Ejecutiva núm. 2021-029; y a la discreción del Secretario De Salud mediante Orden Administrativa Número 2022-535 Del Secretario De Salud “Para establecer los procedimientos aplicables a la contratación de Servicios Profesionales y Consultivos que excedan la cantidad de ciento cincuenta mil dólares (\$150,000.00) o más, durante un mismo año fiscal en el Departamento De Salud; y crear el comité de evaluación de propuestas para los procedimientos de “Request For Proposal” (RFP) o solicitud de propuestas selladas”, según enmendada por la Orden Administrativa 2024-581 del Secretario De Salud; se establecen los requisitos para someter propuesta para servicios profesionales.

---

**PLIEGO PARA:**

**CONTRATAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA EMPRESA,  
INDIVIDUO O CONSULTOR ("CONTRATISTA") PARA PROPORCIONAR AL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. RAMÓN RUIZ ARNAU SERVICIOS  
INTEGRALES DEL MANEJO DEL CICLO DE INGRESOS HOSPITALARIOS  
RFP-SP-2024-2025-024-HURRA**

**Fecha límite para entregar la propuesta:  
Martes, 11 de marzo de 2025 a las 12:00pm**

## **INTRODUCCIÓN**

En el Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau de Bayamón (HURRA), con cuarenta y ocho años de servicio, nos esmeramos por servir a la comunidad de Bayamón y Pueblos adyacentes. Nos caracterizamos por la prestación de servicios médico-hospitalarios en colaboración con los médicos residentes de la Universidad Central del Caribe. En el hospital se reciben pacientes provenientes de toda la Isla, del Departamento de corrección y pacientes médico indigente.

Además, HURRA sirve como taller clínico y de enseñanza para el Programa de Postgrado de la Universidad de Central del Caribe y sus estudiantes de medicina. Actualmente cuenta con dos (2) Programas de Residencia donde una variedad de residentes de diferentes disciplinas clínicas hace sus rotaciones anualmente.

La Institución cuenta con 15 unidades clínicas: Medicina Interna y sus Subespecialistas, Cirugía General, Ortopedia, Endocrinología, Ginecología, Neurología, Hematología- Oncología, Cardiología, Neumología, Nefrología, Gastroenterología, ENT y Centro de Vacunación, Dermatología, Audiología.

Actualmente, el Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau de Bayamón (HURRA), se encuentra en un proceso de reforzar todas las áreas que impactan el ciclo de ingresos hospitalarios con el objetivo de maximizar los ingresos y porcentaje de cobros. A tales efectos, el HURRA requiere la contratación de los siguientes servicios que se describen a continuación.

## **OBJETIVO DE LA PROPUESTA**

Se solicitan propuestas para la contratación de Servicios Profesionales de una empresa, individuo o consultor (proponente) que provea al Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau (HURRA) servicios integrales del manejo del ciclo de ingresos hospitalarios para las siguientes áreas y operaciones tales como:

- Registro de Pacientes de Servicios Clínicos
- Registro de Pacientes de Sala de Emergencias
- Facturación de Servicios Clínicos
- Cobros
- Admisiones y Preadmisiones
- Manejo de Camas
- Manejo de la Utilización Médica
- Planificación de Altas de los pacientes

El objetivo principal deseado con esta contratación es aumentar los ingresos del HURRA mediante un modelo eficiente de operación de los servicios indicados y vigilante de que estos sean ofrecidos sin interrupciones.

ELEMENTOS DE LA PROPUESTA

A. Descripción de los Servicios

Detallar cómo ejecutará cada uno de los servicios indicados en el inciso anterior y cómo estos complementarán la cultura y mejorarán la calidad de los servicios ofrecidos actualmente en las instalaciones. Deberá proporcionar planes de flujo de pacientes y diagramas de manera que muestre cómo planifica ejecutar cada servicio. Específicamente, deberá incluir lo siguiente:

- Describir cómo el proponente capacitará a su personal para apoyar y cumplir sus objetivos.
- Describir el requisito de cumplimiento interno para garantizar una ejecución segura y legal.
- Describir los días y horarios de operación propuestos para cada uno de los servicios incluidos en el RFP.
- Incluir el número de empleados a desplegar por área, considerando la cantidad mínima requerida según se describe abajo.
- Incluir el número de empleados para facturación y cobro que la compañía estime necesarios de manera que cumpla con los parámetros mínimos de los servicios y los objetivos de la institución según descrito en este RFP.
- “Software” a utilizar.

Para desarrollar su propuesta, todo proponente deberá considerar lo siguiente:

La siguiente tabla describe la **cantidad mínima requerida** de personal para cubrir las áreas y operaciones del hospital:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. RAMÓN RUIZ ARNAU (HURRA)

| Departamento                                 | Empleados |
|----------------------------------------------|-----------|
| Pre-Admisiones, Admisiones y Manejo de Camas | 2         |
| Utilización Medica y Planificación de Alta   | 1         |
| Personal de Facturación y Cobros             | 11        |
| Personal de Registro                         | 14        |
| Codificadores                                | 3         |
| Director Administrativo                      | 1         |
| Gerente de Proyecto                          | 1         |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Consultores en Negociación de Contratos | 1   |
| Analista de datos                       | 1   |
| Supervisor Registro OPD                 | 1   |
| Supervisor Registro Sala de Emergencias | 1   |
| Mensajero                               | 0.5 |
| Representante Contractual               | 0.5 |
| Personal de gestiones de denegaciones   | 1   |
| Codificadores                           | 3   |
| MIS                                     | 0.5 |
| Personal Clerical                       | 4   |
| TOTAL DE EMPLEADOS                      | 44  |

- **Estos números son sujetos a cambio según necesidad del área de servicio.**
  - ✓ Sera responsabilidad de la compañía determinar la cantidad de empleados para el área de **facturación y cobro** de manera que cumpla con los parámetros mínimos de los servicios y los objetivos de la institución según descrito en este RFP.
  - ✓ Cabe señalar que hay una (1) área que requiere personal los siete (7) días de la semana las 24 horas (Sala de emergencias).

**B. Descripción y Experiencia del Proponente**

Deberá describir la estructura de manejo y operación que se empleará en la ejecución de los servicios. Incluya una descripción del trabajo para el gerente en el sitio, el número de empleados y sus respectivas descripciones de trabajo, y el horario diario propuesto para prestar los servicios, tomando en cuenta que algunos servicios son 24 horas (7) siete días a la semana.

Describir la experiencia del proponente con todos los servicios solicitados en este RFP, por un mínimo de cinco (5) años antes de este RFP. Los proponentes que tengan menos de cinco (5) años de experiencia comprobada, favor de proporcionar lo siguiente:

- Lista de todos los profesionales asignados al proyecto
- Lista de calificaciones y certificaciones individuales en facturación médica (incluya capacidad, años de experiencia y nombre de las instalaciones donde se han prestado los servicios)

**C. Cualificaciones del Personal**

Incluir perfil del personal que este asignado a ofrecer los servicios. Debe incluir los resumé del personal técnico y de supervisión que se asignará al proyecto. Además, debe incluir evidencia de las credenciales, licencias y/o certificaciones que sean necesarias para ofrecer los servicios

y/o que documenta el peritaje del personal del proponente. Experiencia del proponente y el personal en instalaciones hospitalarias de salud pública es muy deseable pero no obligatorio.

#### **D. Estructura Financiera**

Someter su modelo de compensación y su plan de trabajo para evaluar y ejecutar el mismo.

Describir la inversión de capital estimada, si aplica.

#### **E. Información adicional**

Proporcione los nombres y la información de contacto completa de al menos dos (2) referencias comerciales que sean directamente relevantes para los servicios solicitados en esta RFP y una breve descripción de los servicios que brindó a cada referencia.

Si el proponente ha contratado con el Gobierno de Puerto Rico durante los últimos tres (3) años, indicar la instrumentalidad del Gobierno, número de contrato y una breve descripción de los servicios prestados.

Si el proponente ha/no ha tenido una terminación de contrato por mora en los últimos tres (3) años. Describa el incidente de resolución por incumplimiento, en su caso. Incluya los términos del incumplimiento, el nombre de la otra parte y la información de contacto. Asimismo, incluya una breve descripción de la posición del Proponente sobre el asunto.

Para permitir que el Departamento de Salud realice una evaluación inicial de un posible conflicto de intereses, proporcione una breve descripción de cualquier posible conflicto de intereses que su empresa pueda tener al proporcionar los servicios en este documento, incluida cualquier descripción del trabajo que su empresa haya realizado para el Commonwealth, el Gobierno, cualquiera de sus instrumentalidades o cualesquiera acreedores o garantes de deuda en relación con sus actividades en el Estado Libre Asociado. Indique si esta actividad se encuentra en curso y, en caso contrario, cuándo concluyó.

#### **F. Requisitos Adicionales**

Todo proponente deberá incluir, como parte de su propuesta, los siguientes documentos/certificaciones:

- ✓ Anejo A: Portada (adjunto)
- ✓ Anejo B: Descripción de la Organización (adjunto)
- ✓ Anejo C: Acuerdos y Compromisos de los Proponentes (adjunto)
- ✓ Anejo D: Registro Único de Proveedores de Servicios Profesionales (RUP)-proveer copia

## G. Notas Importantes

- **Periodo de ejecución:** El periodo de contratación es de 3 años sujeto a la formalización de los acuerdos entre el DSPR y la entidad seleccionada.
- **Penalizaciones:** El Pliego de este RFP será objeto de negociación en este aspecto, previo a la firma del contrato. La negociación incluirá cualquier penalidad acordada en caso de que la parte a la cual le sea adjudicada la buena pro no cumpla con las metas trazadas en cuanto a facturación y cobro y que se provea menos personal de lo mínimo aquí expresado. El monto de dicha penalidad y las condiciones por las cuales se pudiera incumplir también serán objeto de negociación.
- **Incentivos:** El Pliego de este RFP será objeto de negociación en este aspecto, previo a la firma del contrato. La negociación incluirá cualquier incentivo a beneficio de la parte seleccionada en caso de que su ejecución y resultados excedan unas metas establecidas. El monto de dicho incentivo y las condiciones por las cuales se es acreedor a dichos incentivos también serán objeto de negociación.
- Durante la ejecución del contrato a ser otorgado una vez adjudicado este RFP el Departamento de Salud evaluará el desempeño de la parte a la cual se le adjudique la buena pro y dicha evaluación será discutida con ésta y será base para determinar, entre otras cosas, si procede alguna penalidad negociada o algún incentivo así negociado.
- El Departamento de Salud también se reserva el derecho de evaluar el desempeño de los proponentes seleccionados al menos una vez al año. Como parte de este proceso de seguimiento del desempeño, el Departamento de Salud solicitará indicadores de desempeño relacionados con la efectividad de los cobros, índices de *ratios*, rotación (*turnover*) de personal, satisfacción del cliente, calidad del servicio, manejo y resolución de reclamos y otros indicadores clave de desempeño razonables o generalmente aceptados que se especificarán en el Contrato.
- Preguntas o solicitud de información debe ser dirigida a:  
**NOMBRE:** Denise Marrero Santana  
**TÍTULO:** Directora de Oficina de Subastas  
**CORREO ELECTRÓNICO:** [subastas@salud.pr.gov](mailto:subastas@salud.pr.gov)  
**TELÉFONO:** 787-765-2929  
**EXTENSIÓN:** 4475 / 4861
- **La fecha límite para someter las propuestas será el martes, 11 de marzo de 2025 a las 12:00pm en la Oficina de Subastas del Departamento de Salud ubicada en el segundo piso del Edif. J.**
- Propuestas entregadas de forma presencial deberán ser impresas por un solo lado de las hojas de papel.
- La propuesta deberá ser completada en todas sus partes y cumpliendo con todos los criterios de elegibilidad. De lo contrario, **no** será considerada.

- El Departamento de Salud se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de solicitar información adicional a los proponentes para ayudar al Departamento de Salud a evaluar las propuestas.
- El Departamento de Salud se reserva el derecho de considerar todos y cada uno de los factores relacionados con la determinación de la capacidad e idoneidad del proponente, sus respectivos agentes o representantes.
- El Departamento de Salud se reserva el derecho de negociar por separado con cualquier proponente, según sea necesario, para servir los mejores intereses del Departamento de Salud. Ninguna declaración hecha o acción tomada por Departamento de Salud durante estas negociaciones lo obligará de ninguna manera. El Departamento de Salud mantendrá la confidencialidad de todas las discusiones y negociaciones.
- El proponente ganador y todos los demás proponentes cuyas propuestas no sean seleccionadas serán notificados por correo electrónico.

### **Envío de propuestas**

La información proporcionada en la propuesta debe ser precisa y completa. La información incierta, incompleta y/o incorrecta no será considerada por el Departamento de Salud. La falsificación de cualquier documento puede resultar en la descalificación del proceso de evaluación y selección o la terminación del contrato adjudicado, si se descubre en el futuro.

El Departamento de Salud se reserva el derecho de rechazar cualquier propuesta si descubre que el proponente a sabiendas presentó información falsa. El Departamento de Salud se reserva el derecho de dar por terminado el contrato adjudicado si se determina que fue adjudicado como resultado de la presentación de información falsa.

El Proponente deberá entregar la propuesta acompañada de toda la documentación requerida en la **Oficina de Subastas ubicada en el Edificio J, segundo piso. Deberá entregar 1 original, 2 copias y una copia digital en un USB (formato PDF), en o antes del martes, 11 de marzo de 2025, hasta las 12:00 PM.**

La propuesta debe presentarse en idioma español y cada página debe estar numerada secuencialmente en la parte inferior de la página. Todas las propuestas deben cumplir con las siguientes reglas:

- Formato de archivo: PDF
- Tamaño de fuente: 12 puntos
- Márgenes: 1 pulgada
- Interlineado: espacio simple
- Tipo de papel: Blanco; 8 1/2 x 11
- Datos numéricos: sistema de medidas inglés

- Costos: dólares estadounidenses

Además, todas las propuestas deben incluir una carta de presentación con un título que haga referencia a este RFP y la siguiente información:

- Nombre completo del proponente.
- Información de contacto de la(s) persona(s) autorizada(s) para representar al proponente y la(s) persona(s) y negociar con el Departamento de Salud con respecto a esta RFP.
- Nombre de la persona o empresa que participó en la elaboración de la propuesta
- Si el proponente es una corporación, identifique el Estado donde está organizado el proponente.
- Certificación de que la propuesta se presenta en respuesta a esta RFP y que permanecerá firme por un período de ciento veinte (120) días a partir de su fecha de vencimiento y, posteriormente, hasta que el proponente desista o firme el contrato, o la RFP sea rescindido por el Departamento de Salud, lo que ocurra primero.
- Firma del proponente o persona autorizada por resolución social.

**PROCESO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN**

Una vez recibidas las propuestas, se realizará un proceso de evaluación para determinar el cumplimiento con los criterios de evaluación y con el formato provisto en este Pliego incluyendo todas las partes requeridas. Dichas propuestas serán evaluadas por un Comité de Evaluación y Recomendación que estará a cargo de determinar si las mismas cumplen con los criterios de evaluación y los formatos requeridos. El Secretario de Salud podrá constituir un Comité Técnico, para asistir al Comité en el proceso de evaluación de las propuestas.

**Criterios de Evaluación y Puntuación**

Se alienta al proponente a ofrecer términos y condiciones que produzcan el máximo beneficio al Departamento de Salud en términos de servicios ofrecidos y costo total. El Departamento de Salud evaluará las propuestas bajo una metodología de **Criterios** con un **Peso** establecido (basado en importancia), multiplicado por el **Valor** determinado por el Comité de Evaluación y Adjudicación. La siguiente tabla indica los criterios y el peso asignado a cada uno. La escala de puntuación, tanto del Peso asignado a cada criterio como el Valor fluctúa de 1 a 5, para un máximo posible de 95 puntos. Los Criterios por considerar en el presente RFP y su Peso predeterminado se indican a continuación:

| TABLA DE EVALUACION DEL RFP                                                                              |      |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| RFP-SP-2024-2025-024-HURRA                                                                               |      |       |       |
| Criterios                                                                                                | Peso | Valor | Total |
| Experiencia de la Compañía en la prestación de los servicios descritos en este RFP y manejo de proyectos | 4    |       |       |
| Modelo de Compensación y Oferta Propuesta                                                                | 5    |       |       |
| Cumplimiento con los elementos y requisitos de la propuesta solicitada                                   | 5    |       |       |
| Referencias                                                                                              | 2    |       |       |
| Capacidad Financiera                                                                                     | 3    |       |       |
| Total                                                                                                    |      |       |       |

| Criterios   | Detalles Para Evaluarse                                                                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Experiencia | <ul style="list-style-type: none"><li>Descripción y años de experiencia en los servicios incluidos en el RFP</li><li>Cualificaciones del personal según incluidos en el RFP</li></ul> |

| Criterios                                 | Detalles Para Evaluarse                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Modelo de Compensación y Oferta Propuesta | Plan de trabajo dirigido a maximizar los ingresos del hospital |

| Criterios                                                   | Detalles Para Evaluarse                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplimiento con los Elementos y Requisitos de la Propuesta | <ul style="list-style-type: none"><li>Descripción detallada de los servicios según las áreas de operaciones incluidos en el RFP</li><li>Cantidad de Personal para incluir por área</li><li>Contenido de la propuesta</li></ul> |

| Criterios   | Detalles Para Evaluarse                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referencias | Validez de las referencias y crédito en la industria relevante a los servicios solicitados en este RFP. |

| Criterios            | Detalles Para Evaluarse                                                                                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capacidad Financiera | Presentar evidencia de solvencia económica, estados financieros y/o líneas de crédito para el ofrecimiento de los servicios. |

El Comité de Evaluación y Recomendación examinará y evaluará las propuestas. La aceptación de propuestas no dará lugar a ninguna responsabilidad u obligación por parte de Departamento de Salud o sus asesores, y ningún proponente tendrá ninguna causa de acción contra el Departamento de Salud o sus asesores que se origine por la falta de adjudicación de un contrato

a cualquier proponente, o la falta de consideración de cualquier propuesta o cualquier gasto incurrido por un proponente en la preparación de su propuesta.

**Proponente exitoso**

El Departamento de Salud otorgará la buena pro a aquel proponente que obtenga la puntuación más alta a tenor con los criterios indicados. Conforme a ello, su propuesta debe ilustrar que tiene la capacidad y experiencia para cumplir con los objetivos señalados y que representa el mejor valor para el HURRA y el Departamento de Salud.

**Calendario e Información**

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unidad Solicitante:</b>                                              | Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau de Bayamón (HURRA), Departamento de Salud                                                                                                                                                                |
| <b>Información de Contacto:</b>                                         | Denise Marrero Santana<br>787-765-2929, ext. 4475 / 4861                                                                                                                                                                                             |
| <b>Número de Solicitud:</b>                                             | <b>RFP-SP-2024-2024-024-HURRA</b>                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombre de Solicitud:</b>                                             | Contratar los Servicios Profesionales de una Empresa, Individuo o Consultor ("Contratista") para proporcionar al Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau de Bayamón (HURRA) Servicios Integrales del Manejo del Ciclo de Ingresos Hospitalarios. |
| <b>Categoría de Servicio (Tecnología, Consultoría Gerencial, Etc.):</b> | Servicio Profesional                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Fecha de Publicación de la Solicitud:</b>                            | 18 de febrero de 2025                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Fecha límite para someter preguntas:</b>                             | 25 de febrero de 2025 hasta las 4:00 pm                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Fecha límite para contestar preguntas:</b>                           | 4 de marzo de 2025 hasta las 4:00 pm                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Entregar Propuesta en la Oficina de Subastas:</b>                    | Departamento de Salud<br>Oficina de Subastas, Edificio J, segundo piso.                                                                                                                                                                              |
| <b>Fecha Límite para Someter Propuestas:</b>                            | Martes, 11 de marzo de 2025, hasta las 12:00 pm                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Solicitud de Información adicional relacionada solicitarla a:</b>    | <a href="mailto:subastas@salud.pr.gov">subastas@salud.pr.gov</a>                                                                                                                                                                                     |

ANEJO A. PORTADA

| FONDOS SOLICITADOS PARA DESARROLLO DE INSTRUMENTO                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Presupuesto solicitado: _____ 2. Periodo solicitado: _____                                                     |  |
| 3. Data Universal Numbering System (DUNS): _____                                                                  |  |
| 4. Número Seguro Social Patronal: _____                                                                           |  |
| 5. System for Award Management (SAM): _____                                                                       |  |
| Periodo de vigencia: Desde: _____ . Hasta: _____                                                                  |  |
| INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD                                                                                         |  |
| 6. Nombre de la entidad que presenta la propuesta: _____                                                          |  |
| 7. Dirección Postal: _____                                                                                        |  |
| 8. Dirección Física: _____                                                                                        |  |
| 9. Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____                                                                       |  |
| INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE                                                                                       |  |
| 10. Personas Autorizadas:                                                                                         |  |
| Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____<br>(Director(a) Ejecutivo(a))                               |  |
| Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____<br>(Presidente(a) Junta de Directores)                      |  |
| Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____<br>(Representante Autorizado que firma contrato o enmienda) |  |
| 11. Persona Contacto:                                                                                             |  |
| Nombre: _____ Puesto: _____ Teléfono: _____ Fax: _____                                                            |  |
| PARA USO OFICIAL                                                                                                  |  |
| Fase de Evaluación: _____ Recomendada _____ No recomendada                                                        |  |
| Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____                                                             |  |
| Fase de Selección: _____ Seleccionada _____ No Seleccionada                                                       |  |
| Nombre: _____ Firma: _____ Puesto: _____ Fecha: _____                                                             |  |

ANEJO B. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

| DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN                                                |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. Nombre de la entidad:                                                      | 2. Fecha de Fundación:                                     |
| 3. Año de Incorporación, si aplica:                                           | 4. Fecha en que comenzó a proveer el servicio que propone: |
| 5. Nombre del/la oficial principal de la entidad (Ej. Director/a Ejecutivo/a) | 6. Tiempo en puesto:                                       |
| 7. Misión, visión y valores                                                   |                                                            |
| 8. Tipo de servicios/esfuerzos que realiza la entidad, en general:            |                                                            |

ANEJO C. ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS PROPONENTES

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LOS PROPONENTES

- 1. Entiendo que esta propuesta es sólo una solicitud para competir por los fondos y que no constituye un compromiso ni una obligación del Departamento de Salud de otorgar los fondos solicitados.
- 2. Entiendo que la notificación de aprobación de esta propuesta no es una autorización de parte del Departamento de Salud para comenzar a ofrecer servicios bajo la misma, sin la mediación de un contrato firmado por ambas partes.
- 3. Entiendo que cualquier información falsa aquí provista significará el rechazo de mi propuesta y/o terminación de mi participación en el Proyecto, aún si este hecho se descubre posterior a la fecha de aprobación de mi propuesta, o la firma del contrato.
- 4. Garantizo que no existe conflicto de intereses entre mi persona, o miembros de mi entidad, y el Departamento de Salud o sus empleados.
- 5. Entiendo que como proponente asumiré todos los costos de la preparación de esta solicitud de fondos.
- 6. Entiendo y acepto que, de no entregar los documentos requeridos en el término señalado, el Departamento de Salud podrá suspender el proceso de firma de contrato y reprogramar los fondos.

**CERTIFICO** que toda la información aquí provista es correcta, y que soy elproponente, o la persona autorizada a representarle.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

**ANEJO D**

**Certificado RUP y/o RUL**

(Sera provista por el proponente)