



*Colegio De Administradores De Servicios De Salud De Puerto Rico*  
Villa Nevárez Professional Center, Suite 106, San Juan, PR 00927

Tel. (787) 764-6744

Fax: (787) 756-8435

## HEALTHCARE EXECUTIVE ACHIEVEMENT AWARDS 2017 FORMULARIO DE NOMINACIÓN

### REQUISITOS

Las personas elegibles al premio deben de ser colegiados activos y que ocupan posiciones dentro de las organizaciones de servicios de salud, aseguradoras, farmacéuticas para las cuales trabajan y deben haber obtenido logros significativos durante los 12 meses precedentes a la nominación, entiéndase agosto 2015 a septiembre 2016.

Estos colegiados deberán ser ciudadanos de moral intachable que a su vez impartan prestigio a la profesión, a la industria de servicios de salud en Puerto Rico y al premio.

El colegiado debe aceptar su nominación al premio en la categoría que le corresponde, aceptar el premio si lo gana y asistir a la actividad de premiación.

**NOTA:** No se aceptará esta nominación sin haber completado toda la información solicitada. La **fecha límite** para enviar el formulario de nominación es el **jueves, 15 de diciembre 2016** junto con los detalles sobre el candidato y sus logros. Debe ser enviado al e-mail del CASS, [jackie@casspr.org](mailto:jackie@casspr.org).

## CATEGORÍAS DE NOMINACIÓN

**Planta Física** - Incluye a colegiados responsables de proyectos para crear y desarrollar conceptos, métodos y estrategias innovadoras para mejorar la eficiencia y la reducción de costos en la infraestructura de facilidades de salud en Puerto Rico.

**Finanzas** - Incluye a colegiados responsables de establecer y desarrollar iniciativas que contribuyan al progreso o crecimiento de su hospital u organización de servicios de salud. Haber logrado el presupuesto operacional y los indicadores financieros tales como pero no limitado a EBITDA, EBITDA Margin %, SWB% of Net Revenue, Net Operating Revenue Employee Turnover.

**Administrador Joven del Año** – Administrador de Servicios de Salud con cinco años o menos a la fecha de evaluación del HEA que haya integrado a iniciativas institucionales en proceso y cuyas ideas innovadoras hayan fortalecido su mejoramiento funcional. De igual forma, aquél que haya recomendado e implantado ideas innovadoras que hayan redundado en un proceso de mejoramiento institucional con el mínimo de supervisión.

**Calidad de Servicios/Mejores Prácticas** - Incluye a colegiados que hayan creado, desarrollado y ejecutado estrategias efectivas y exitosas en calidad de servicios. Basado en los elementos de ética, integridad, confianza, adiestramiento, trabajo en equipo, liderazgo, reconocimiento, comunicación y mejores prácticas que aseguran el éxito del manejo total de la calidad en su hospital u organización de servicios de salud. Métricas a considerar pero no limitadas a Reducción de Caídas, Reducción de Partos por Cesáreas, Reducción de Infecciones adquiridas por CAUTI, Reducción de Ulceras por presión, Reducción en las Readmisiones, Satisfacción de Pacientes.

**Comunidad/Responsabilidad Social** - Incluye ejecutivos que hayan apoyado sido responsables de contribuir a mantener una imagen positiva de su hospital u organización de servicios de salud al fortalecer los vínculos con todos sus públicos mediante actividades con la comunidad de prevención y promoción de la salud.

**Tecnología/Innovación** - Ejecutivo que haya desarrollo de nuevas facilidades y eficientes para el beneficio de los procesos internos de organización y los pacientes. Establecimiento de iniciativas para digitalizar las facilidades y/o establecimiento completo del Record Medico Electrónico.

## COLEGIADO NOMINADO

### I. DATOS PERSONALES DEL COLEGIADO NOMINADO:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### II. CATEGORÍA PARA LA CUAL SE NOMINA:

Planta Física

Administrador Joven del Año

Finanzas

Calidad de Servicios/Mejores Prácticas

Comunidad/

Tecnología/Innovación

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Tipo de organización:  Hospital  Aseguradora

Grupo Médico  Farmacéutica

Centro de Salud [330, CDT, Centro Urgencia]

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_

Desde cuando lo ocupa: \_\_\_\_\_ Tiempo en la organización: \_\_\_\_\_

Actividad principal que desempeña: \_\_\_\_\_

**IV. RESUMA LOS FACTORES Y LOGROS CLAVES OBTENIDOS DESDE AGOSTO 2015 HASTA SEPTIEMBRE 2016 QUE SUSTENTEN SU NOMINACIÓN:** (Máximo 500 palabras, sugerimos incluir logros medibles que lo destaquen de otros candidatos en la categoría que está siendo nominado)

---

---

---

---

**V. RECONOCIMIENTOS RECIBIDOS:**

---

---

---

---

**VI. ORGANIZACIONES PROFESIONALES EN LAS QUE PARTICIPA ACTIVAMENTE U OCUPA PUESTOS ELECTIVOS:** (Si desea puede incluir resume del candidato)

---

---

---

**VII. DATOS DE LA PERSONA QUE NOMINA AL CANDIATO:**

Sometido por: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_