**ANNEX 3.Fitxa per participar en la consulta preliminar del mercat sobre el sistema d’informació sanitari per als hospitals de nivell 2 i de cures intermèdies del Servei de Salut de les Illes Balears**

Aquesta fitxa està a la disposició de les persones interessades en el web del Servei de Salut de les Illes Balears ([*https://www.ibsalut.es/empreses-i-proveidors/compra-publica-innovadora*](https://www.ibsalut.es/empreses-i-proveidors/compra-publica-innovadora/3800-sistema-d-informacio-sanitari-per-als-hospitals-de-nivell-2-i-de-cures-intermedies-del-servei-de-salut-de-les-illes-balears-projecte-sisn2)) i en el de la Plataforma de Contractació del Sector Públic ([*https://contrataciondelestado.es*](https://contrataciondelestado.es))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dades bàsiques | | | | |
| Data d’elaboració | |  | | |
| Nom de la proposta | |  | | |
| Acrònim | |  | | |
| Dades del proponent | | | | |
| Nom o raó social | |  | | |
| CIF | |  | | |
| Adreça postal | |  | | |
| Sector o àmbit d’activitat | |  | | |
| Proposta conjunta de diverses persones físiques o jurídiques | | | Sí  No | |
| Informació addicional | | | | |
| La vostra entitat té facturació en l’àmbit d’activitats corresponent a fi de consideracions tècniques i objectius segons el document de resolució de la consulta preliminar del mercat en els últims tres exercicis? | | | Sí  No | |
| En cas d’haver respost «sí» a la pregunta anterior, digau quina va ser la facturació i incloeu una relació el més completa possible dels projectes realitzats, indicant el títol del projecte, l’any d’execució, l’import i si el client va ser públic o privat. En els casos en què el client sigui públic, indicau el codi CPV en el qual es va emmarcar el contracte | | |  | |
| Considerau que existeixen certificacions tècniques rellevants que disposa la vostra entitat per escometre reptes com el que es planteja? | | | Sí  No | |
| En cas d’haver respost «sí» a la pregunta anterior, digau quines són aquestes certificacions i incloeu una relació detallada de les certificacions que considerau rellevants, posant l’accent en les certificacions ISO, ENS i avaluacions CMMI amb què compti la vostra entitat | | |  | |
| Considerau que el personal de la vostra entitat té qualificacions que són específicament rellevants per escometre reptes com el que es planteja? | | | Sí  No | |
| En cas d’haver respost «sí» a la pregunta anterior, digau quins són aquestes qualificacions per mitjà d’una relació detallada de les certificacions que ho acreditin. Addicionalment, vinculat amb aquesta pregunta, descriviu breument els perfils que considereu necessari incloure en el projecte indicant almenys el rol (cap del projecte, consultor, analista, programador, DBA, integrador, professional clínic), els anys d’experiència, la formació i les certificacions que considereu necessàries | | |  | |
| Té la vostra entitat experiència en la implantació de sistemes corresponent a fi de consideracions tècniques i objectius segons el document de resolució de la consulta preliminar del mercat en serveis de salut públics? | | | Sí  No | |
| En cas d’haver respost «sí» a la pregunta anterior, digau quin producte, quina versió i en quins centres | | |  | |
| Té la vostra entitat experiència en l’aplicació de sistemes de suport a la decisió clínica? | | | Sí  No | |
| En cas d’haver respost «sí» a la pregunta anterior, digau en què consisteix l’experiència de la vostra entitat en aquest àmbit i específicament en l’aplicació de criteris d’ús apropiat | | |  | |
| Dades de l’interlocutor o representant | | | | |
| Nom de l’interlocutor (o representant de l’empresa) | | |  | |
| Telèfon | | |  | |
| Adreça electrònica | | |  | |
| Adreça postal | | |  | |
| Descripció de la proposta de solució | | | | |
| Breu resum de la proposta de solució | | |  | |
| Durada estimada per executar la proposta plantejada (mesos) | | |  | |
| Beneficis aportats per la solució proposada per al sistema públic de salut | | |  | |
| Beneficis aportats per la solució proposada per a altres agents | | |  | |
| Descripció de les opcions de mobilitat per perfil, activitat i dispositiu que permeti el seu sistema | | |  | |
| Descripció de les opcions de personalització d’usuari que permeti el vostre sistema | | |  | |
| Principals elements del full de ruta previst del producte per als propers 5-10 anys | | |  | |
| Grau d’autonomia que ofereix el sistema al Servei de Salut per afegir, estendre, modificar o substituir les seves pròpies funcionalitats | | |  | |
| Descriviu la solució o el pla de contingències en cas de degradació greu o perduda del servei | | |  | |
| Esforç estimat en jornades/recursos i cost de la implantació de la solució proposada (en euros) | | |  | |
| Esforç estimat en jornades/recursos i cost estimat de la gestió del canvi de la implantació de la solució proposada (en euros) | | |  | |
| Esforç en jornades/recursos i cost estimat de la formació per implantar la solució proposada (en euros) | | |  | |
| Regulacions i normativa associada | | |  | |
| Descriviu en quin grau la solució contribueix a implementar les bones pràctiques publicades per ENISA en *Procurement guidelines for cybersecurity in hospitals* | | |  | |
| Autorització d’ús de les dades aportades | | | | |
| Autoritz el Servei de Salut de les Illes Balears a emmagatzemar i difondre les dades de contacte | | | Sí  No | |
| Autoritz el Servei de Salut de les Illes Balears a mantenir accessible i actualitzada la informació necessària, total o parcial, sobre la proposta presentada | | | Sí  No | |
| Autoritz el Servei de Salut de les Illes Balears a divulgar la informació o documentació tècnica o comercial que, si escau, no sigui identificada com a confidencial | | | Sí  No | |
| Declaracions obligatòries | | | | |
| Autoritz el Servei de Salut de les Illes Balears a usar els continguts de les propostes, limitant-se exclusivament a la possible inclusió dels continguts en el procés de definició en les especificacions d’un eventual procediment de contractació | | | Sí  No | |
| Documentació adjunta aportada | | | | |
| *Nom del fitxer* | *Breu descripció* | | | *Confidencial* |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |

, de/d’ de 2020

[rúbrica]

Una vegada emplenat i signat, s’ha d’enviar al correu electrònic [*sscc.consulta.sisn2@ssib.es*](mailto:consulta-sisn2@ibsalut.es) juntament amb els documents que configuren la proposta seguint el que estableix el punt 5 de l’annex 1 de la Resolució.