**ANEXO 3. Ficha para participar en la consulta preliminar del mercado sobre el sistema de información sanitario para los hospitales de nivel 2 y de cuidados intermedios del Servicio de Salud de las Islas Baleares**

Esta ficha está a disposición de las personas interesadas en el web del Servicio de Salud de las Islas Baleares ([*https://www.ibsalut.es/es/empresas-y-proveedores/compra-publica-innovadora*](https://www.ibsalut.es/es/empresas-y-proveedores/compra-publica-innovadora/3799-sistema-de-informacion-sanitario-para-los-hospitales-de-nivel-2-y-de-cuidados-intermedios-del-servicio-de-salud-de-las-illes-balears-proyecto-sisn2)) y en el de la Plataforma de Contratación del Sector Público ([*https://contrataciondelestado.es*](https://contrataciondelestado.es))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos básicos | | | | |
| Fecha de elaboración | |  | | |
| Nombre de la propuesta | |  | | |
| Acrónimo | |  | | |
| Datos del proponente | | | | |
| Nombre o razón social | |  | | |
| CIF | |  | | |
| Dirección | |  | | |
| Sector o ámbito de actividad | |  | | |
| Propuesta conjunta de varias personas físicas o jurídicas | | | Sí  No | |
| Información adicional | | | | |
| ¿Su entidad tiene facturación en el ámbito de actividades correspondiente al objeto de consideraciones técnicas y objetivos según el documento de resolución de la consulta preliminar de mercado en los últimos tres ejercicios? | | | Sí  No | |
| En caso de haber respondido «sí» a la pregunta anterior, diga cuál fue la facturación e incluya una relación lo más completa posible de los proyectos realizados, indicando el título del proyecto, el año de ejecución, el importe y si el cliente fue público o privado. En los casos en los que el cliente sea público, indique el código CPV en el que se enmarcó el contrato | | |  | |
| ¿Considera que existen certificaciones técnicas relevantes de que dispone su entidad para acometer retos como los que se plantea? | | | Sí  No | |
| En caso de haber respondido «sí» a la pregunta anterior, diga cuáles son esas certificaciones e incluya una relación detallada de las certificaciones que considera relevantes, haciendo hincapié en las certificaciones ISO, ENS y evaluaciones CMMI con que cuente su entidad | | |  | |
| ¿Considera que el personal de su entidad tiene calificaciones que son específicamente relevantes para acometer retos como el que se plantea? | | | Sí  No | |
| En caso de haber respondido «sí» a la pregunta anterior, diga cuáles son esas calificaciones por medio de una relación detallada de las certificaciones que lo acrediten. Adicionalmente, vinculado con esta pregunta, describa brevemente los perfiles que considere necesario incluir en el proyecto indicando al menos el rol (jefe del proyecto, consultor, analista, programador, DBA, integrador, profesional clínico), los años de experiencia, la formación y las certificaciones que considere necesarias | | |  | |
| ¿Tiene su entidad experiencia en la implantación de sistemas correspondiente al objeto de consideraciones técnicas y objetivos según el documento de resolución de la consulta preliminar de mercado en servicios de salud públicos? | | | Sí  No | |
| En caso de haber respondido «sí» a la pregunta anterior, diga qué producto, qué versión y en qué centros | | |  | |
| ¿Tiene su entidad experiencia en la aplicación de sistemas de soporte a la decisión clínica? | | | Sí  No | |
| En caso de haber respondido «sí» a la pregunta anterior, diga en qué consiste la experiencia de su entidad en este ámbito y específicamente en la aplicación de criterios de uso apropiado | | |  | |
| Datos del interlocutor o representante | | | | |
| Nombre del interlocutor (o representante de la empresa) | | |  | |
| Teléfono | | |  | |
| Correo electrónico | | |  | |
| Dirección | | |  | |
| Descripción de la propuesta de solución | | | | |
| Breve resumen de la propuesta de solución | | |  | |
| Duración estimada para ejecutar la propuesta planteada (meses) | | |  | |
| Beneficios aportados por la solución propuesta para el sistema público de salud | | |  | |
| Beneficios aportados por la solución propuesta para otros agentes | | |  | |
| Descripción de las opciones de movilidad por perfil, actividad y dispositivo que permita su sistema | | |  | |
| Descripción de las opciones de personalización de usuario que permita su sistema | | |  | |
| Principales elementos de la hoja de ruta prevista del producto para los próximos 5-10 años | | |  | |
| Grado de autonomía que ofrece el sistema al Servicio de Salud para añadir, extender, modificar o sustituir sus propias funcionalidades | | |  | |
| Describa la solución o el plan de contingencias en caso de degradación grave o pérdida del servicio | | |  | |
| Esfuerzo estimado en jornadas/recursos y coste de la implantación de la solución propuesta (en euros) | | |  | |
| Esfuerzo estimado en jornadas/recursos y coste estimado de la gestión del cambio de la implantación de la solución propuesta (en euros) | | |  | |
| Esfuerzo en jornadas/recursos y coste estimado de la formación para implantar la solución propuesta (en euros) | | |  | |
| Regulaciones y normativa asociada | | |  | |
| Describa en qué grado la solución contribuye a implementar las buenas prácticas publicadas por ENISA en *Procurement guidelines for cybersecurity in hospitals* | | |  | |
| Autorización de uso de los datos aportados | | | | |
| Autorizo al Servicio de Salud de las Islas Baleares a almacenar y difundir los datos de contacto | | | Sí  No | |
| Autorizo al Servicio de Salud de las Islas Baleares a mantener accesible y actualizada la información necesaria, total o parcial, sobre la propuesta presentada | | | Sí No | |
| Autorizo al Servicio de Salud de las Islas Baleares a divulgar la información o documentación técnica o comercial que, en su caso, no sea identificada como confidencial | | | Sí  No | |
| Declaraciones obligatorias | | | | |
| Autorizo al Servicio de Salud de las Islas Baleares a usar los contenidos de las propuestas, limitándose exclusivamente a la posible inclusión de los contenidos en el proceso de definición en las especificaciones de un eventual procedimiento de contratación | | | Sí  No | |
| Documentación adjunta aportada | | | | |
| *Nombre del archivo* | *Breve descripción* | | | *Confidencial* |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |
|  |  | | | Sí  No |

, de de 2020

[rúbrica]

Una vez rellenado y firmado, debe enviarse al correo electrónico [*sscc.consulta.sisn2@ssib.es*](mailto:consulta-sisn2@ibsalut.es) junto con los documentos que configuran la propuesta siguiendo lo que establece el punto 5 del anexo 1 de la Resolución.