

**ANEXO I PPT
FICHA TÉCNICA CENTRO DE DIÁLISIS**

(La presenta ficha técnica deberá acompañarse de las memorias explicativas solicitadas en el PCAP respecto a la valoración de los aspectos señalados en el mismo).

A.- INSTALACIONES

NOMBRE DEL CENTRO
TELÉFONO..... CORREO-E
NOMBRE DEL DIRECTOR O GERENTE.....
NOMBRE DEL RESPONSABLE MÉDICO.....
FECHA DE INICIO DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO (en centros ya funcionantes)
.....
EMPRESA (con su CIF) DE LA QUE DEPENDE EL CENTRO.....

1.- PLANTA FÍSICA

- El centro OCUPA:
 - Todo el edificio.
 - Parte de un edificio dedicado a actividades no sanitarias.
 - Parte de una infraestructura sanitaria.

- El centro ESTÁ SITUADO:
 - En la planta baja.
 - En un piso ¿Tiene ascensor? SI NO
 - Tiene entrada independiente: SI NO

Número de metros cuadrados edificados (suma de todas las plantas dedicadas a centro de diálisis) :

2.- PROPIEDAD DEL EDIFICIO (deberá aportarse documentación acreditativa de este apartado)

- Es propiedad de la empresa.
- Es alquilado.
- Otras especificar.

3.- EL EDIFICIO O LA PLANTA DONDE ESTÁ INSTALADO EL CENTRO DE DIÁLISIS DISPONE DE:

	SI	NO
Luz natural en el área de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de calefacción central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de refrigeración central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilación natural o forzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- RESERVA DE PLAZAS DE APARCAMIENTO PARA VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO

SI () NO ()

5.- ANTIGÜEDAD / ESTADO (en centros ya funcionantes).

Fecha de construcción:

Fecha reforma estructural:

B.- EQUIPAMIENTO.

- Número de puestos hemodiálisis:

	SI	NO	Nº
Unipunción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorio básico (iones-hematocrito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Electrocardiógrafo	()	()	()
Carro de parada para RCP avanzada	()	()	()
Respirador	()	()	()
Aspirador Gástrico	()	()	()
Desfibrilador	()	()	()
Oxígeno (indicar si central o balas)	()	()	()
Sillas de ruedas	()	()	()
Grupo electrógeno	()	()	()
Ordenador (PC) y conexión a internet	()	()	()
Ecógrafo Doppler	()	()	()

- Características de los sillones de tratamiento. Detallar:
- **DIALIZADORES a utilizar.**
Indicar tipo de membrana, modelo, superficie, Kuf .
- **NÚMERO TOTAL DE PUESTOS DE DIÁLISIS.**
Indicar el número máximo de monitores que pueden ser puestos en funcionamiento simultáneamente; por disponer de espacio, toma eléctrica, agua y drenaje.
- **NÚMERO HABITUAL DE PUESTOS DE DIÁLISIS EN RESERVA:**
(El puesto supone disponer de un monitor con su toma de agua etc.)

Número de turnos semanales: (Nº turnos al día por número de días de funcionamiento del Centro a la semana. (Esquema habitual)

C. RECURSOS HUMANOS que prestarán el servicio.

Nº de médicos nefrólogos.

Nº de Enfermeras.

Nº de Auxiliares de Enfermería.

Responsable asistencial del contrato de servicio

Otro personal en función asistencial. Psicólogo/a clínico, Especialista en nutrición y dietética, trabajador social: **atención esta información deberá recogerse en el sobre número 3 de documentación para valoración de criterios automáticos, no incluir ninguna información al respecto en este documento**

Personal administrativo.

Personal celador.

Otro personal no asistencial.

C.- OTROS.

- **FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO**
Días de la semana:
- **HORARIO**
Días laborables:

Días festivos:

- ESQUEMA PLANTA TRATAMIENTO DE AGUA Y CONTROL DE CALIDAD

- APORTA PLAN DE MANTENIMIENTO INTEGRAL DE EQUIPOS E INSTALACIONES
SI () NO () En caso afirmativo, adjuntar.

- SOPORTE TECNOLÓGICO (descripción y recursos a aportar).
- ESQUEMAS DE DIÁLISIS PREVISTOS

Número de turnos semanales: (Nº de turnos al día por número de días de funcionamiento del centro la semana)

- DECLARACIÓN DE PLAZAS OFERTADAS

El abajo firmante en calidad de representante de la empresa pone a disposición del Servicio Andaluz de Salud el total de plazas que a continuación se detallan:

Fecha, lugar y firma(s) electrónica(s) avanzada(s): [.....]

Anexo II PPT Cláusulas TIC

La Subdirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (en adelante, STIC) del SAS en base a la Resolución SA 0157/2013 de 4 de abril de la Consejería de Salud queda establecida como la encargada de la prestación de servicios TIC en los diferentes centros de titularidad de la Consejería de Salud, lo que le confiere el carácter de único órgano competente en materia TIC de dichas entidades.

Este apartado describe las condiciones de aplicación a los sistemas de información ofertados por los licitadores en expedientes de contratación de servicios o suministros:

- Que incluyan como requisito sistemas de información o interfaces software de dispositivos que complementen el objeto principal del contrato o
- En cuyas ofertas los licitadores presenten como elementos de valor añadido sistemas de información o interfaces software de dispositivos que complementen el objeto principal del contrato.

En este sentido, todas las peticiones de instalación, puesta en marcha o incorporación de nuevos dispositivos, aplicaciones sanitarias o sistemas de información necesitarán de la aprobación expresa y validación de su idoneidad por parte de la STIC.

La aplicación concreta de cada una de estas condiciones depende directamente del entorno tecnológico en el que se encuadra. En cualquier caso, siempre serán de estricta aplicación las condiciones establecidas por la reglamentación vigente, la normativa TIC del SAS, y las herramientas de gestión TIC y atención al usuario establecidas por la STIC y que se encuentran disponibles en la siguiente URL:

<https://ws001.sspa.juntadeandalucia.es/confluence/pages/viewpage.action?pagelD=139644855>

ANEXO III AL PPT. Fichero informático de base de datos que acompañará a la factura mensual

DEFINICIÓN DEL FICHERO.

Nombre Campo	Tipo	Longitud	Descripción
PACIENTE	Carácter	30	Apellidos y nombre del paciente.
CÓDIGO SICATA	Númérico	6	Código del paciente en Subsistema de insuficiencia renal crónica.
FECHANAC	Fecha	8	Fecha de nacimiento del paciente.
SEXO	Carácter	1	Sexo del paciente: 1 (Varón). 2 (Mujer).
AFILIADO enfermo.	Carácter	10	Nº de afiliación a la seguridad social del enfermo.
DOMICILIO	Carácter	30	Domicilio del paciente.
CODPOSTAL	Carácter	5	Código Postal del domicilio del paciente.
TELEFONO	Carácter	10	Teléfono del paciente.
LOCALIDAD	Carácter	15	Localidad de residencia del paciente.
FECHAINI	Fecha	8	Fecha de la primera sesión de hemodiálisis en el Centro.
FECHA BAJA	Fecha	8	Fecha de la última sesión de hemodiálisis.
MOTIVO BAJA	Carácter	1	1 (Exitus). 2 (Traslado). 3 (Otros).
TURNO	Carácter	2	1 (Mañanas LXV). 2 (Tardes LXV). 3 (Noches LXV). 4 (Mañanas MJS). 5 (Tarde MJS). 6 (Noches MJS).
SESIONES	Númérico	2	Nº de sesiones efectuadas en el periodo de facturación.
DIALIZADOR	Carácter	1	Tipo de dializador empleado: 1 (alta permeabilidad). 2 (resto).
IMPORTE	Númérico	10	Importe facturado en euros por hemodiálisis, paciente y mes.
IMPORTE TOTAL	Númérico	10	Suma de los anteriores.