|  |
| --- |
| 1. **TIPO DE TRÁMITE**
 |
| Nuevo  | Modificación | Renovación |
| **DATOS DE LICENCIA ANTERIOR (si aplica)** |
| Número de la licencia anterior  | Fecha de licencia anterior AAAA/MM/DD |
| **TIPO DE TITULAR** |
| Persona Natural  | Persona Jurídica  |
| **ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL TITULAR**
 |
| 1. **PERSONA NATURAL.** Datos básicos de identificación *(diligencie en caso de ser persona natural)*
 |
| Apellidos y nombres del titular |
|  |  |  |  |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| Tipo documento de identificación del titular |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐  | No.  | Lugar de expedición |
| Registro único tributario (RUT): |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |
| Correo electrónico |  | @ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **PERSONA JURÍDICA.** Datos básicos de identificación *(diligencie en caso de ser persona jurídica)*
 |
| Nombre o Razón Social del titular |
|  |
| NIT ☐  | No. |
| Nombre de representante legal |
|  |  |  |  |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| Cargo del representante legal |
|   |
| Tipo documento de identificación del representante legal |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐  | No.  |
| Correo electrónico |  | @ |  |
| **DATOS DE LA INSTALACIÓN** |
| Dirección de la entidad: |
| Correo electrónico | Departamento/Distrito | Municipio  |
| Número celular | Indicativo | Número telefónico fijo | Extensión |

|  |
| --- |
| 1. **PRÁCTICAS SOLICITADAS**
 |
| Prácticas que pretende realizar |
| **Categoría I**☐ Radiología odontológica periapical☐ Densitometría ósea | **Categoría II** ☐ Radioterapia ☐ Radiodiagnóstico de alta complejidad ☐ Radiodiagnóstico de media complejidad ☐ Radiodiagnóstico de baja complejidad ☐ Radiografías odontológicas panorámicas y tomografías orales |
| ☐ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE**
 |
| **Equipo generador de radiación ionizante 1.** |
| Tipo de equipo generador de radiación ionizante |
| ☐ Equipo de RX convencional ☐ Equipo de RX odontológico Periapical ☐ Equipo de RX odontológico Periapical portátil ☐ Tomógrafo Odontológico ☐ Tomógrafo ☐ Densitómetro Óseo | ☐ Equipo de RX Portátil☐ Equipo de RX odontológico ☐ Panorámico Cefálico☐ Fluoroscopio☐ SPECT-CT☐ Arco en C | ☐ Mamógrafo☐ Litotriptor☐ Angiógrafo☐ PET-CT☐ Acelerador lineal☐ Sistema de radiocirugía robótica |
| ☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipo de visualización de la imagen☐ Digital ☐ Digitalizado Análogo: ☐ Revelado Automático ☐ Revelado Manual ☐ Monitor Análogo ☐ N/A |
| Marca equipo | Modelo equipo |
|  |  |
| Serie equipo | Marca tubo RX |
|  |  |
| Modelo tubo RX | Serie tubo RX |
|  |  |
| Tensión máxima tubo RX [kV]  | Corriente máxima del tubo RX [mA] |
|  |  |
| Energía de fotones [MeV] | Energía de electrones [MeV] |
|  |  |
| Carga de trabajo [mA.min/semana] | Ubicación del equipo dentro de la instalación |
|  |  |
| Número de permiso de comercialización | Año de fabricación del equipo*AAAA* |
| Año de fabricación del tubo *AAAA* |
| **Equipo generador de radiación ionizante 2.** |
| Tipo de equipo generador de radiación ionizante |
| ☐ Equipo de RX convencional ☐ Equipo de RX odontológico Periapical ☐ Equipo de RX odontológico Periapical portátil ☐ Tomógrafo Odontológico ☐ Tomógrafo ☐ Densitómetro Óseo | ☐ Equipo de RX Portátil☐ Equipo de RX odontológico ☐ Panorámico Cefálico☐ Fluoroscopio☐ SPECT-CT☐ Arco en C | ☐ Mamógrafo☐ Litotriptor☐ Angiógrafo☐ PET-CT☐ Acelerador lineal☐ Sistema de radiocirugía robótica |
| ☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipo de visualización de la imagen☐ Digital ☐Digitalizado Análogo: ☐ Revelado Automático ☐ Revelado Manual ☐ Monitor Análogo ☐ N/A |
| Marca equipo | Modelo equipo |
|  |  |
| Serie equipo | Marca tubo RX |
|  |  |
| Modelo tubo RX | Serie tubo RX |
|  |  |
| Tensión máxima tubo RX [kV]  | Corriente máxima del tubo RX [mA] |
|  |  |
| Energía de fotones [MeV] | Energía de electrones [MeV] |
|  |  |
| Carga de trabajo [mA.min/semana] | Ubicación del equipo dentro de la instalación |
|  |  |
| Número de permiso de comercialización | Año de fabricación del equipo | *AAAA* |
| Año de fabricación del tubo |  | *AAAA* |

*(Anexe las tablas que requiera)*

|  |
| --- |
| 1. **TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS – TOE**
 |
| 1. **OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA/ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**
 |
| Apellidos y nombres |
|  |  |  |  |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | No. | Lugar de expedición |
| Correo electrónico |  | @ |  |
| Profesión |  |
| Nivel académico | ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado  |
| 1. **TOE 1**
 |
| Apellidos y nombres |
|  |  |  |  |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | No. | Lugar de expedición |
| Profesión |  |
| Nivel académico | ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado |
| Fecha del último entrenamiento en protección radiológica | *AAAA/MM/DD* |
| Fecha del próximo entrenamiento en protección radiológica |  *AAAA/MM/DD* |
| Número del registro profesional de salud | *AAAA/MM/DD* |
| 1. **TOE 2**
 |
| Apellidos y nombres |
|  |  |  |  |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | No. | Lugar de expedición |
| Profesión |  |
| Nivel académico | ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado |
| Fecha del último entrenamiento en protección radiológica | *AAAA/MM/DD* |
| Fecha del próximo entrenamiento en protección radiológica |  *AAAA/MM/DD* |
| Número del registro profesional de salud | *AAAA/MM/DD* |
| *(Anexe las tablas que requiera)* |

|  |
| --- |
| 1. **INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD QUE CUENTE CON EL TALENTO HUMANO Y LA INFRAESTRUCTURA TÉCNICA**
 |
| La IPS cuenta con el talento humano estipulado en el artículo 6 y 7, numeral 7.1, Si ☐ No ☐, en caso afirmativo diligencie los siguientes datos y adjunte la información correspondiente. Caso contrario continúe con el punto VI. |
| **DIRECTOR TÉCNICO** |
| **DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** |
| Nombre completo |  |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐  | No. | Lugar de expedición  |  |
| Correo electrónico  |  |
| **IDONEIDAD PROFESIONAL** |
| Título de pregrado obtenido | Universidad que otorgó el título de pregrado |
| Libro del diploma de pregrado | Registro del diploma de pregrado |
| Fecha diploma de pregradoAAAA/MM/DD | Resolución convalidación título pregrado (*Si aplica*) | Fecha convalidación pregrado (*Si aplica*)AAAA/MM/DD |
| Nivel académico último posgrado☐ Especialización☐ Maestría☐ Doctorado | Título de posgrado obtenido | Universidad que otorgó el título de posgrado |
| Libro del diploma de posgrado | Registro del diploma de posgrado |
| Fecha diploma de posgradoAAAA/MM/DD | Resolución convalidación título posgrado (Si aplica) | Fecha convalidación posgrado (Si aplica)AAAA/MM/DD |
| 1. **EQUIPOS U OBJETOS DE PRUEBA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD**
 |
| **EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 1** |
| Nombre del equipo | Marca del equipo |
| Modelo del equipo | Serie del equipo |
| Calibración ☐ Aplica ☐ No Aplica | Vigencia de calibración (Si aplica)☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante |
| Fecha de calibración (*Si aplica*) AAAA/MM/DD | Manual técnico y ficha técnica ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica |
| Usos |
| **EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2** |
| Nombre del equipo | Marca del equipo |
| Modelo del equipo | Serie del equipo |
| Calibración ☐ Aplica ☐ No Aplica | Vigencia de calibración (Si aplica)☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante |
| Fecha de calibración (Si aplica) AAAA/MM/DD | Manual técnico y ficha técnica ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica |
| Usos |
| **EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3** |
| Nombre del equipo | Marca del equipo |
| Modelo del equipo | Serie del equipo |
| Calibración ☐ Aplica ☐ No Aplica | Vigencia de calibración (Si aplica)☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante |
| Fecha de calibración (Si aplica) AAAA/MM/DD | Manual técnico y ficha técnica ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica |
| Usos |

|  |
| --- |
| 1. **PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN**
 |
| *Anexar plano de la instalación* |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| Especifique:1. Área de trabajo de la práctica señalando la delimitación de la zona controlada, supervisada y áreas colindantes.
2. Actividades que se realizarán en cada una de las áreas de trabajo.
3. Ubicación de los equipos de rayos X y aceleradores lineales
4. Ruta de pacientes y público.
5. Conductos de cables en el blindaje, conductos de ventilación, electricidad
 |

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO** |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con C.C No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Certifico que los datos que me corresponden y que han sido anotados en el presente formato y sus anexos son veraces | Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de solicitud | AAAA | MM | DD | Número de folios anexados |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR EN FÍSICO**
 | **LISTA DE VERIFICACIÓN** |
| PARA USO ÚNICAMENTE DEL SOLICITANTE | FOLIO | PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD |
| **NUEVO** ☐  | **RENOVACIÓN** ☐  |  |
| **TODAS LAS CATEGORÍAS**  |
| 1 | Formulario debidamente diligenciado en medio físico | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 2 | Para personas naturales. Fotocopia del documento de identificación  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 3 | Para personas naturales. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 4 | Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| **CATEGORÍA I** |
| 5 | Copia documento identificación del encargado de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 6 | Copia del diploma del encargado de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 7 | Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 8 | Informe sobre los resultados del control de calidad |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 9 | Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 10 | Registro del cumplimiento de los niveles de referencia para diagnóstico |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 11 | Plano general de las instalaciones |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 12 | Certificado de la capacitación en protección radiológica de cada trabajador ocupacionalmente expuesto reportado en el formulario |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 13 | Programa de capacitación en protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 14 | Programa de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 15 | Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 16 | **Para equipos nuevos.** Pruebas iniciales de caracterización de los equipos |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 17 | Programa de Tecnovigilancia |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 18 | Programa de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 19 | Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo 1 del artículo 21 | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.1 | Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.2 | Fotocopia de la Resolución de convalidación del título ante el Ministerio de Educación Nacional – MEN del Director Técnico (Solo aplica para títulos realizados en el exterior) | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.3 | Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.4 | Resolución de convalidación del título ante el Ministerio de Educación Nacional – MEN del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad (Solo aplica para títulos realizados en el exterior) | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.5 | Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado. | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.6 | Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado. | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| **CATEGORÍA II \*** |
| 5 | Copia documento identificación del oficial de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 6 | Copia del diploma del oficial de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 7 | Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 8 | Informe sobre los resultados del control de calidad |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 9 | Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos. Para alta complejidad, registros del segundo dosímetro |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 10 | Plano general de las instalaciones |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 11 | Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo del artículo 23 | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.1 | Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.2 | Fotocopia de la Resolución de convalidación del título ante el Ministerio de Educación Nacional – MEN del Director Técnico (Solo aplica para títulos realizados en el exterior) | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.3 | Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.4 | Resolución de convalidación del título ante el Ministerio de Educación Nacional – MEN del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad (Solo aplica para títulos realizados en el exterior) | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.5 | Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado. | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.6 | Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado. | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| *\* Los demás documentos contenidos en el artículo 24, serán verificados en la visita previa* |
| **MODIFICACIÓN** ☐  |
| 1 | Copia documento identificación del encargado u oficial de protección radiológica | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 2 | Copia del diploma del encargado u oficial de protección radiológica | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 3 | Informe sobre los resultados del control de calidad | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 4 | Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos con iguales características que los autorizados previamente | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| **NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS**(PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **CONCEPTO**
 |
| CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICA MÉDICA(PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD)☐ Aceptada ☐ NegadaObservaciones: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |