|  |
| --- |
| 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 industrial de baja complejidad | **Categoría II** ☐ Radiología industrial de alta complejidad☐ Radiología veterinaria☐ Radiología en investigación |
| ☐ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE**
 |
| **Equipo generador de radiación ionizante 1.** |
| Tipo de equipo generador de radiación ionizante |
| ☐ Equipo de Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X☐ Acelerador lineal☐ Acelerador lineal de uso veterinario☐ Equipo de radiología veterinaria | ☐ Espectrómetro de rayos X☐ Equipo de Difracción de RX☐ Equipo de radiología convencional | ☐ Escáner de pallets y paquetes☐ Escáner de Carga☐ Equipo de radiología convencional móvil |
| ☐ 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 Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X☐ Acelerador lineal☐ Acelerador lineal de uso veterinario☐ Equipo de radiología veterinaria | ☐ Espectrómetro de rayos X☐ Equipo de Difracción de RX☐ Equipo de radiología convencional | ☐ Escáner de pallets y paquetes☐ Escáner de Carga☐ Equipo de radiología convencional móvil |
| ☐ 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* |

|  |
| --- |
| 1. **TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS – TOE**
 |
| 1. **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)* |

|  |
| --- |
| **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 | Programa de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 8 | Estudio ambiental de la instalación |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 9 | Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 10 | Programa de vigilancia pos mercado de los equipos generadores de radiación ionizante |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 11 | Constancia de asistencia a curso de protección radiológica, de los trabajadores ocupacionalmente expuestos |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 12 | Constancia de asistencia a curso sobre el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| **CATEGORÍA II \*** |
| 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 | Programa de protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 8 | Estudio ambiental de la instalación |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 9 | Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 10 | Programa de vigilancia pos mercado de los equipos generadores de radiación ionizante |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 11 | Constancia de asistencia a curso de protección radiológica, de los trabajadores ocupacionalmente expuestos |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 12 | Constancia de asistencia a curso sobre el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 13 | Programa de capacitación en protección radiológica |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 14 | Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| 15 | Evaluación de emergencias |  Si ☐ No ☐ |  |  Si ☐ No ☐ |
| **MODIFICACIÓN** ☐  |
| 1 | Copia documento identificación del encargado de protección radiológica | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 2 | Copia del diploma del encargado de protección radiológica | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 3 | Programa de protección radiológica | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 4 | Estudio ambiental de la instalación | 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: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |