|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 ☐ Negada  Observaciones: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |