

	ALCALDÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS	Código: GESVC02-F031
	MACROPROCESO: GESTION EN SALUD	Versión: 1.0
	PROCESO/ SUBPROCESO: VIGILANCIA Y CONTROL DEL SOGCS/ HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha: 06/02/2023
	FORMATO SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA Y CONTROL DE CALIDAD	Página 1 de 6

FORMATO SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA Y CONTROL DE CALIDAD

I. TIPO DE TRÁMITE		
Nuevo <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>
DATOS DE LICENCIA ANTERIOR (si aplica)		
Número de la licencia anterior	Fecha de licencia anterior AAAA/MM/DD	
TIPO DE TITULAR		
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA		

II. DATOS DEL TITULAR			
A. PERSONA NATURAL. Datos básicos de identificación <i>(diligencie en caso de ser persona natural)</i>			
Apellidos y nombres del titular			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo documento de identificación del titular			
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Lugar de expedición			
Registro único tributario (RUT): -			
Correo electrónico			

B. PERSONA JURÍDICA. Datos básicos de identificación <i>(diligencie en caso de ser persona jurídica)</i>			
Nombre o Razón Social del titular			
NIT <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>			
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. <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Correo electrónico			

III. DATOS DE LA INSTALACIÓN			
Dirección de la entidad:			
Correo electrónico	Departamento/Distrito	Municipio	
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

IV. SERVICIOS SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Cálculo de blindajes de instalaciones	<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en tomografía
<input type="checkbox"/> Realizar los estudios ambientales de las instalaciones	<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en equipos odontológicos periapicales

	ALCALDÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS	Código: GESVC02-F031
	MACROPROCESO: GESTION EN SALUD	Versión: 1.0
	PROCESO/ SUBPROCESO: VIGILANCIA Y CONTROL DEL SOGCS/ HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha: 06/02/2023
	FORMATO SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA Y CONTROL DE CALIDAD	Página 2 de 6

<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en fluoroscopia y arcos en C	<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en mamografía
<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en radiología convencional y portátil	<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en equipos odontológicos panorámico
<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en angiografías	<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en PET-CT O Control de calidad de equipos en SPEC CT
<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en Radioterapia (Aceleradores Lineales)	D Prestar servicios de protección radiológica en las diferentes prácticas
<input type="checkbox"/> Verificar control de calidad de equipos en densitómetros óseos	<input type="checkbox"/> Otro -----

V. DATOS DIRECTOR TÉCNICO

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN					
Nombre completo					
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	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 pregrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (<i>Si aplica</i>)		Fecha convalidación pregrado (<i>Si aplica</i>) <i>AAAA/MM/DD</i>		
Nivel académico último posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> 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 posgrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (<i>Si aplica</i>)		Fecha convalidación posgrado (<i>Si aplica</i>) <i>AAAA/MM/DD</i>		

VI. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Certificación 1.	
Nombre o razón social del establecimiento	
Funciones específicas en protección radiológica	
Fecha de inicio de labores <i>AAAA.MM.DD</i>	Fecha finalización de labores <i>AAAA.MM.DD</i>
Certificación 2.	
Nombre o razón social del establecimiento	
Funciones específicas en protección radiológica	
Fecha de inicio de labores <i>AAAA.MM.DD</i>	Fecha finalización de labores <i>AAAA.MM.DD</i>

	ALCALDÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS	Código: GESVC02-F031
	MACROPROCESO: GESTION EN SALUD	Versión: 1.0
	PROCESO/ SUBPROCESO: VIGILANCIA Y CONTROL DEL SOGCS/ HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha: 06/02/2023
	FORMATO SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA Y CONTROL DE CALIDAD	Página 3 de 6

Certificación 3.			
Nombre o razón social del establecimiento			
Funciones específicas en protección radiológica			
Fecha de inicio de labores		Fecha finalización de labores	
AAAA.MM.DD		AAAA.MM.DD	
Certificación 4.			
Nombre o razón social del establecimiento			
Funciones específicas en protección radiológica			
Fecha de inicio de labores		Fecha finalización de labores	
AAAA.MM.DD		AAAA.MM.DD	
VII. DATOS PROFESIONAL (ES) QUE APOYA (N) EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS			
PROFESIONAL 1.			
DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre completo			
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	No.
Correo electrónico		Lugar de expedición	
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 pregrado	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica)	
AAAA/MM/DD		AAAA/MM/DD	
Nivel académico último posgrado	Título de posgrado obtenido	Universidad que otorgó el título de posgrado	
<input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado			
Libro del diploma de posgrado		Registro del diploma de posgrado	
Fecha diploma de posgrado	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica)	
AAAA/MM/DD		AAAA/MM/DD	
PROFESIONAL 2.			
DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre completo			
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	No.
Correo electrónico		Lugar de expedición	
IDONEIDAD PROFESIONAL			
Título de pregrado obtenido		Universidad que otorgó el título de pregrado	

	ALCALDÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS	Código: GESVC02-F031
	MACROPROCESO: GESTION EN SALUD	Versión: 1.0
	PROCESO/ SUBPROCESO: VIGILANCIA Y CONTROL DEL SOGCS/ HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha: 06/02/2023
	FORMATO SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA Y CONTROL DE CALIDAD	Página 4 de 6

Libro del diploma de pregrado		Registro del diploma de pregrado	
Fecha diploma de pregrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	
Nivel académico último posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> 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 posgrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	

(Anexe las tablas que requiera)

VIII. INFRAESTRUCTURA TECNICA: EQUIPOS, DITECTORES Y OBJETOS DE PRUEBAS			
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 1			
Nombre del equipo		Marca del equipo	
Modelo del equipo		Serie del equipo	
Calibración <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) <input type="checkbox"/> Un (1) año <input type="checkbox"/> Dos (2) años <input type="checkbox"/> Otra, definida por el fabricante		
Fecha de calibración (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	Manual técnico y ficha técnica <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica		
Usos			
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2			
Nombre del equipo		Marca del equipo	
Modelo del equipo		Serie del equipo	
Calibración <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) <input type="checkbox"/> Un (1) año <input type="checkbox"/> Dos (2) años <input type="checkbox"/> Otra, definida por el fabricante		
Fecha de calibración (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	Manual técnico y ficha técnica <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica		
Usos			
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3			
Nombre del equipo		Marca del equipo	
Modelo del equipo		Serie del equipo	
Calibración <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) <input type="checkbox"/> Un (1) año <input type="checkbox"/> Dos (2) años <input type="checkbox"/> Otra, definida por el fabricante		
Fecha de calibración (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	Manual técnico y ficha técnica <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica		

	ALCALDÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS	Código: GESVC02-F031
	MACROPROCESO: GESTION EN SALUD	Versión: 1.0
	PROCESO/ SUBPROCESO: VIGILANCIA Y CONTROL DEL SOGCS/ HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Fecha: 06/02/2023
	FORMATO SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA Y CONTROL DE CALIDAD	Página 5 de 6

Usos

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

VI. 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 <input type="checkbox"/>		RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>		
TODAS LAS CATEGORÍAS				
1	Formulario debidamente diligenciado en medio físico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Para personas naturales. Fotocopia del documento de identificación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
3	Para personas naturales. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
4	Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
5	Fotocopia de Diploma de Posgrado del director técnico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
6	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
7	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
8	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
9	Para director técnico. Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima de tres (3) años.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
10	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
11	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				
1	Fotocopia de Diploma de Posgrado del director técnico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
3	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

