



**RESOLUCIÓN 0000482 DE 2018**

**Formato De Solicitud De Licencia De Prácticas Industriales, Veterinarias o de Investigación**

**Código: MM-GD-SS-F030**

**Anexo No. 4**

**Formato de solicitud de licencia de prácticas industriales, veterinarias o de investigación**

**SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS INDUSTRIALES, VETERINARIAS O DE INVESTIGACIÓN**

I. TIPO DE TRAMITE		
Nuevo	<input type="checkbox"/>	Modificación
		Renovación

DATOS DE LICENCIA ANTERIOR (Si Aplica)	
Número de la licencia anterior	Fecha de la licencia Anterior <span style="float: right;">AAAA/MM/DD</span>

TIPO DE TITULAR	
Persona Natural	Persona Juridica

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA

II. DATOS DEL TITULAR			
<b>A. PERSONA NATURAL</b> <i>(diligencie en caso de ser persona natural)</i>			
Datos básicos de identificación			
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.
Registro único tributario (RUT):		Lugar de Expedición	
Correo electrónico:		@	

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

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

Fecha de Aprobación: 1/04/2019

Versión: 1.0



**RESOLUCIÓN 0000482 DE 2018**

**Formato De Solicitud De Licencia De Prácticas Industriales, Veterinarias o de Investigación**

**Código: MM-GD-SS-F030**

<b>III. PRÁCTICAS SOLICITADAS</b>	
Prácticas que pretende realizar	
Categoría I <input type="checkbox"/> Radiología industrial de baja complejidad	Categoría II <input type="checkbox"/> Radiología industrial de alta complejidad <input type="checkbox"/> Radiología veterinaria <input type="checkbox"/> Radiología en investigación
<input type="checkbox"/> Otra: _____	

<b>IV. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE</b>	
<b>Equipo generador de radiación ionizante 1.</b>	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante <input type="checkbox"/> Equipo de Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X <input type="checkbox"/> Acelerador lineal <input type="checkbox"/> Acelerador lineal de uso veterinario <input type="checkbox"/> Equipo de radiología veterinaria <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Espectrómetro de rayos X <input type="checkbox"/> Equipo de Difracción de RX <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional	
<input type="checkbox"/> Escáner de pallets y paquetes <input type="checkbox"/> Escáner de carga <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional móvil	
Tipo de visualización de la imagen <input type="checkbox"/> Digital <input type="checkbox"/> Digitalizado <input type="checkbox"/> Análogo <input type="checkbox"/> Revelado Automático <input type="checkbox"/> Relevado Manual <input type="checkbox"/> Monitor Análogo <input type="checkbox"/> 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 equipo	AAAA
<b>Equipo generador de radiación ionizante 2.</b>	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante <input type="checkbox"/> Equipo de Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X <input type="checkbox"/> Acelerador lineal <input type="checkbox"/> Acelerador lineal de uso veterinario <input type="checkbox"/> Equipo de radiología veterinaria <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Espectrómetro de rayos X <input type="checkbox"/> Equipo de Difracción de RX <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional	
<input type="checkbox"/> Escáner de pallets y paquetes <input type="checkbox"/> Escáner de carga <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional móvil	

**RESOLUCIÓN 0000482 DE 2018**

**Formato De Solicitud De Licencia De Prácticas Industriales, Veterinarias o de Investigación**

**Código: MM-GD-SS-F030**

Tipo de visualización de la imagen	
<input type="checkbox"/> Digital <input type="checkbox"/> Digitalizado Análogo <input type="checkbox"/> Revelado Automático <input type="checkbox"/> Relevado Manual <input type="checkbox"/> Monitor Análogo <input type="checkbox"/> 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 equipo	AAAA

(Anexe las tablas que requiera)

V. TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS - TOE			
<b>A. ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</b>			
Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de Expedición	
Correo electrónico:		@	
Profesión			
Nivel Académico	<input type="checkbox"/> Técnico profesional	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional
	<input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado

**B. TOE 1**

Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de Expedición	
Correo electrónico:		@	
Profesión			
Nivel Académico	<input type="checkbox"/> Técnico profesional	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional
	<input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado
Fecha del último entrenamiento en protección radiológica			
Fecha del próximo entrenamiento en protección radiológica			
Número del registro profesional de salud			

**C. TOE 2**

Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de Expedición	
Correo electrónico:		@	
Profesión			
Nivel Académico	<input type="checkbox"/> Técnico profesional	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional
	<input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> 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)

**RESOLUCIÓN 0000482 DE 2018**

**Formato De Solicitud De Licencia De Prácticas Industriales, Veterinarias o de Investigación**

**Código: MM-GD-SS-F030**

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO				
Yo _____		Firma _____		
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				
Fecha de Solicitud				Número de folios anexados

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR EN FÍSICO		LISTA DE VERIFICACIÓN		
		PARA USO UNICAMENTE DEL SOLICITANTE	FOLIO	PARA USO UNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
<b>NUEVO</b> <input type="checkbox"/>	<b>RENOVACIÓN</b> <input type="checkbox"/>			
<b>TODAS LAS CATEGORÍAS</b>				
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 persona naturales. Fotocopia de 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 persona 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 persona 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"/>
<b>CATEGORÍA I</b>				
5	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	Copia del diploma del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	Programa de Protección Radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	Estudio ambiental de la instalación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Programa de vigilancia pos mercado de los equipos generadores de radiación ionizante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Constancia de asistencia a curso de protección radiológica, de los trabajadores ocupacionalmente expuestos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	Constancia de asistencia a curso sobre el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>CATEGORÍA II</b>				
5	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	Copia del diploma del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	Programa de Protección Radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	Estudio ambiental de la instalación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Programa de vigilancia pos mercado de los equipos generadores de radiación ionizante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Constancia de asistencia a curso de protección radiológica, de los trabajadores ocupacionalmente expuestos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	Constancia de asistencia a curso sobre el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13	Programa de capacitación en protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14	Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15	Evaluación de emergencias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

\*Los demás documentos contenidos en el artículo 24, serán verificados en la visita previa

MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				
1	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	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	Copia del diploma del encargado de protección radiológica	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	Programa de Protección Radiológica	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	Estudio ambiental de la Instalación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS				
PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD				



RESOLUCIÓN 0000482 DE 2018

Formato De Solicitud De Licencia De Prácticas Industriales, Veterinarias o de Investigación

Código: MM-GD-SS-F030

**VI. CONCEPTO**

CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICA INDUSTRIAL, VETERINARIA Y DE INVESTIGACIÓN PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

**Aceptada**

**Negada**

Observaciones:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---