



Anexo No. 3

Formato de solicitud de licencia de prácticas médicas

SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS			
I. TIPO DE TRAMITE			
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 la licencia Anterior AAAA/MM/DD	
TIPO DE TITULAR			
Persona Natural <input type="checkbox"/>		Persona Juridica <input type="checkbox"/>	
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA			
II. DATOS DEL TITULAR			
A. PERSONA NATURAL <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.	Lugar de Expedición
Registro único tributario (RUT):			
Correo electrónico:		@	
B. PERSONA JURÍDICA <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	



III. PRÁCTICAS SOLICITADAS	
Prácticas que pretende realizar	
Categoría I <input type="checkbox"/> Radiología odontológica periapical <input type="checkbox"/> Densitometría ósea <input type="checkbox"/> Otra: _____	Categoría II <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico de alta complejidad <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico de media complejidad <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico de baja complejidad <input type="checkbox"/> Radiografías odontológicas panorámicas y tomografías orales

IV. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE	
Equipo generador de radiación ionizante 1.	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante <input type="checkbox"/> Equipo de RX convencional <input type="checkbox"/> Equipo de RX Portátil <input type="checkbox"/> Mamógrafo <input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical <input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico <input type="checkbox"/> Litotriptor <input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical portátil <input type="checkbox"/> Panorámico Cefálico <input type="checkbox"/> Angiógrafo <input type="checkbox"/> Tomógrafo Odontológico <input type="checkbox"/> Fluoroscopio <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> Tomógrafo <input type="checkbox"/> SPECT-CT <input type="checkbox"/> Acelerador lineal <input type="checkbox"/> Densitómetro Óseo <input type="checkbox"/> Arco en C <input type="checkbox"/> Sistema de radiocirugía robótica <input type="checkbox"/> Otro: _____	
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
Equipo generador de radiación ionizante 2.	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante <input type="checkbox"/> Equipo de RX convencional <input type="checkbox"/> Equipo de RX Portátil <input type="checkbox"/> Mamógrafo <input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical <input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico <input type="checkbox"/> Litotriptor <input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical portátil <input type="checkbox"/> Panorámico Cefálico <input type="checkbox"/> Angiógrafo <input type="checkbox"/> Tomógrafo Odontológico <input type="checkbox"/> Fluoroscopio <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> Tomógrafo <input type="checkbox"/> SPECT-CT <input type="checkbox"/> Acelerador lineal <input type="checkbox"/> Densitómetro Óseo <input type="checkbox"/> Arco en C <input type="checkbox"/> Sistema de radiocirugía robótica <input type="checkbox"/> Otro: _____	



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			
A. OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA / ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA			
Apellidos y Nombres			
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
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
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
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
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
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			

(Anexe las tablas que requiera)

Versión 01



D. 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , 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. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>
Lugar de Expedición			
Correo electrónico:		@	
IDONEIDAD PROFESIONAL			
Titulo de pregrado obtenido		Universidad que otorgó el titulo de pregrado	
Libro del diploma de pregrado		Registro del diploma de pregrado	
Fecha diploma de pregrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación titulo de 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	Titulo de posgrado obtenido		Universidad que otorgó el titulo de posgrado
Libro del diploma de pregrado		Registro del diploma de pregrado	
Fecha diploma de pregrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación titulo de pregrado (Si aplica)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	
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 <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
Usos	

VI. PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN
Anexar plano de la Instalación
<p>Especifique:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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				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
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 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"/>
CATEGORÍA I				
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	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"/>
8	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	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"/>
10	Registro del cumplimiento de los niveles de referencia para diagnóstico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Plano general de las instalaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	Certificado de la capacitación en protección radiológica de cada trabajador ocupacionalmente expuesto reportado en el formulario	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	Programa de Protección Radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15	Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17	Programa de Tecnovigilancia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18	Programa de Protección Radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo 1 del artículo 21	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
19.1	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"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
19.3	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"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
19.5	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"/>
19.6	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"/>
CATEGORÍA II				
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	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"/>
8	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos. Para alta complejidad, registros del segundo dosímetro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Plano general de las instalaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo del artículo 23	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
11.1	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"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
11.3	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"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>



11.5	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"/>
11.6	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"/>

*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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Copia del diploma del encargado u oficial de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos con iguales características que los autorizados previamente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <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

VII. CONCEPTO

CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICA MÉDICA

PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

Aceptada

Negada

Observaciones:
