

Anexo No. 3**FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS**

SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS			
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		Persona Jurídica	
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA			
DATOS DEL TITULAR			
I. 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	
Anexar copia documento de identidad			
Registro único tributario (RUT):			
Correo electrónico @			
B. PERSONA JURÍDICA <i>(diligencie en caso de ser persona jurídica)</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 INSTALACIÓN			
Dirección de la entidad			
Correo electrónico	Departamento/Distrito	Municipio	
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

(Anexe los Fotocopia del documento de identificación para personas naturales o Prueba de Constitución, existencia y representación legal, documento de identidad del representante legal, según corresponda.)

IV. PRÁCTICAS SOLICITADAS

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

V. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE

Equipo generador de radiación ionizante 1.	
<div>Tipo de equipo generador de radiación ionizante</div> <div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX convencional</div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX Portátil</div><div><input type="checkbox"/> Mamógrafo</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical</div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico</div><div><input type="checkbox"/> Litotriptor</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical portátil</div><div><input type="checkbox"/> Panorámico Cefálico</div><div><input type="checkbox"/> Angiógrafo</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Tomógrafo Odontológico</div><div><input type="checkbox"/> Fluoroscopio</div><div><input type="checkbox"/> PET-CT</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Tomógrafo</div><div><input type="checkbox"/> SPECT-CT</div><div><input type="checkbox"/> Acelerador lineal</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Densitómetro Óseo</div><div><input type="checkbox"/> Arco en C</div><div><input type="checkbox"/> Sistema de radiocirugía robótica</div></div> <div><input type="checkbox"/> Otro: _____</div>	
<div>Tipo de visualización de la imagen</div> <div><input type="checkbox"/> Digital <input type="checkbox"/> Digitalizado Análogo: <input type="checkbox"/> Revelado Automático <input type="checkbox"/> Revelado Manual <input type="checkbox"/> Monitor Análogo <input type="checkbox"/> N/A</div>	
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.	
<div>Tipo de equipo generador de radiación ionizante</div> <div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX convencional</div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX Portátil</div><div><input type="checkbox"/> Mamógrafo</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical</div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico</div><div><input type="checkbox"/> Litotriptor</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Equipo de RX odontológico Periapical portátil</div><div><input type="checkbox"/> Panorámico Cefálico</div><div><input type="checkbox"/> Angiógrafo</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Tomógrafo Odontológico</div><div><input type="checkbox"/> Fluoroscopio</div><div><input type="checkbox"/> PET-CT</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Tomógrafo</div><div><input type="checkbox"/> SPECT-CT</div><div><input type="checkbox"/> Acelerador lineal</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Densitómetro Óseo</div><div><input type="checkbox"/> Arco en C</div><div><input type="checkbox"/> Sistema de radiocirugía robótica</div></div> <div><input type="checkbox"/> Otro: _____</div>	
<div>Tipo de visualización de la imagen</div> <div><input type="checkbox"/> Digital <input type="checkbox"/> Digitalizado Análogo: <input type="checkbox"/> Revelado Automático <input type="checkbox"/> Revelado Manual <input type="checkbox"/> Monitor Análogo <input type="checkbox"/> N/A</div>	
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

(Anexe las tablas que requiera)

VI. TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS – TOE

A. OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA/ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

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"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Profesional <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	
Profesión			
Nivel académico	<input type="checkbox"/> Técnico profesional <input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Profesional <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	
Profesión			
Nivel académico	<input type="checkbox"/> Técnico profesional <input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Profesional <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

Anexar copia de los registros dosimétricos del último mes de los TOE que incluya las dosis acumulativas

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 siguientes datos y adjunte la información correspondiente. Caso contrario continúe con el punto VII			
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 AAAA/MM/DD	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)		Fecha convalidación pregrado (Si aplica) AAAA/MM/DD
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 AAAA/MM/DD	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)		Fecha convalidación posgrado (Si aplica) AAAA/MM/DD
La IPS cuenta con la infraestructura técnica estipulada en el artículo 6, numeral 7.1 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , en caso afirmativo diligencie siguientes datos y adjunte la información correspondiente			
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) AAAA/MM/DD		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) AAAA/MM/DD		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) AAAA/MM/DD		Manual técnico y ficha técnica <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica	
Usos			

VII. PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN

Anexar plano de la instalación

Especifique:

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:

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

Número de folios anexados

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
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"/>
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"/>
4	Para personas jurídicas. Prueba de Constitución, existencia y representación legal, si corresponde a una entidad exceptuada de registro en Cámara de Comercio.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	Para personas jurídicas. Fotocopia del documento de identificación de los representantes legales principales y suplentes.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica	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	Registros dosimétricos del último mes de los trabajadores ocupacionalmente expuestos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	Registro del cumplimiento de los niveles de referencia para diagnóstico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13	Plano general de las instalaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14	Certificado de la capacitación en protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15	Programa de capacitación en 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"/>

16	Procedimientos de mantenimiento de conformidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
17	Programa de Tecnovigilancia	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				

VIII. CONCEPTO
CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICA MÉDICA
PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

☐ Aceptada ☐ Negada

Observaciones: