

### Anexo No. 3

#### Formato de solicitud de licencia de prácticas médicas

#### SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS

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			
<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.	Lugar de expedición	
Registro único tributario (RUT): -			
Correo electrónico		@	

<b>B. PERSONA JURÍDICA</b> <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

III. PRÁCTICAS SOLICITADAS	
Prácticas que pretende realizar	
Categoría I <input type="checkbox"/> Radiología odontológica periapical <input type="checkbox"/> Densitometría ósea	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

Otra: \_\_\_\_\_

**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 |

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 <span style="float: right;">AAAA</span>
Año de fabricación del tubo	<span style="float: right;">AAAA</span>

**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 |

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 <span style="float: right;">AAAA</span>
Año de fabricación del tubo	<span style="float: right;">AAAA</span>

(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
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)

**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  No , 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.	Lugar de expedición	
Correo electrónico			
<b>IDONEIDAD PROFESIONAL</b>			
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 <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>
<b>EQUIPOS U OBJETOS DE PRUEBA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD</b>		
<b>EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 1</b>		
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		
<b>EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2</b>		
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		
<b>EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3</b>		
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		

<b>VI. PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN</b>
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: _____  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	

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
<input type="checkbox"/> <b>NUEVO</b> <input type="checkbox"/> <b>RENOVACIÓN</b>				
<b>TODAS LAS CATEGORIAS</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 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"/>
<b>CATEGORIA 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	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"/>
<b>CATEGORIA II *</b>				
5	Copia documento identificación del oficial de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	Copia del diploma del oficial 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				
<b>MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/></b>				
1	Copia documento identificación del encargado u oficial 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 u oficial 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	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"/> NA <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"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
<b>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS</b> 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:

---



---



---



---



---



---



---