# Anexo No. 3

# Formato de solicitud de licencia de prácticas médicas

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS** |
| FECHA DE REALIZACIÓN DE LA VISITA *AAAA/MM/DD* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **TIPO DE TRÁMITE** | | |
| Nuevo | Modificación | Renovación |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DEL TITULAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERSONA NATURAL** | | | | | | *(diligencie en caso de ser persona natural)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | | | | | No. | | | | | | | | Lugar de expedición | | | | | | | | |
| Registro único tributario (RUT): | | | | | | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | | - |  | |
| Correo electrónico | | | | |  | | | | | | | | | | @ |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  | |  |
| 1. **PERSONA JURÍDICA** | | | | | | *(diligencie en caso de ser persona jurídica)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datos básicos de identificación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o Razón Social del titular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIT ☐ | | 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. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | | | | | No. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | |  | | | | | | | | | | @ |  | | | | | |
| **DATOS DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de la entidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | Departamento/Distrito | | | | | | | | Municipio | | | | | |
| Número celular | | | | | | | | Indicativo | | | | | | Número telefónico fijo | | | | Extensión | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PRÁCTICAS SOLICITADAS** | |
| Prácticas que pretende realizar | |
| Categoría I  ☐ Radiología odontológica periapical  ☐ Densitometría ósea | Categoría II  ☐ Radioterapia  ☐ Radiodiagnóstico de alta complejidad  ☐ Radiodiagnóstico de media complejidad  ☐ Radiodiagnóstico de baja complejidad  ☐ Radiografías odontológicas panorámicas y tomografías orales |
| ☐ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE** | | | | |
| **Equipo generador de radiación ionizante 1.** | | | | |
| Tipo de equipo generador de radiación ionizante | | | | |
| ☐ Equipo de RX convencional  ☐ Equipo de RX odontológico Periapical  ☐ Equipo de RX odontológico Periapical portátil  ☐ Tomógrafo Odontológico  ☐ Tomógrafo  ☐ Densitómetro Óseo | ☐ Equipo de RX Portátil  ☐ Equipo de RX odontológico  ☐ Panorámico Cefálico  ☐ Fluoroscopio  ☐ SPECT-CT  ☐ Arco en C | | ☐ Mamógrafo  ☐ Litotriptor  ☐ Angiógrafo  ☐ PET-CT  ☐ Acelerador lineal  ☐ 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 | | *AAAA* |
| Año de fabricación del tubo | |  | | *AAAA* |
| **Equipo generador de radiación ionizante 2.** | | | | |
| Tipo de equipo generador de radiación ionizante | | | | |
| ☐ Equipo de RX convencional  ☐ Equipo de RX odontológico Periapical  ☐ Equipo de RX odontológico Periapical portátil  ☐ Tomógrafo Odontológico  ☐ Tomógrafo  ☐ Densitómetro Óseo | ☐ Equipo de RX Portátil  ☐ Equipo de RX odontológico  ☐ Panorámico Cefálico  ☐ Fluoroscopio  ☐ SPECT-CT  ☐ Arco en C | | ☐ Mamógrafo  ☐ Litotriptor  ☐ Angiógrafo  ☐ PET-CT  ☐ Acelerador lineal  ☐ 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 | | *AAAA* |
| Año de fabricación del tubo | |  | | *AAAA* |

*(Anexe las tablas que requiera)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **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. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | | | No. | | | | Lugar de expedición | | | | | |
| Correo electrónico | | | | |  | | | | @ | | |  |
| Profesión | |  | | | | | | | | | | |
| Nivel académico | ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional  ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado | | | | | | | | | | | |
| **B. TOE 1** | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y nombres | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
| Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | | Primer Nombre | | | | Segundo Nombre | | |
| C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | | | No. | | | | Lugar de expedición | | | | | |
| Profesión | |  | | | | | | | | | | |
| Nivel académico | ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional  ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ 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. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | | | No. | | | | Lugar de expedición | | | | | |
| Profesión | |  | | | | | | | | | | |
| Nivel académico | ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional  ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ 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. ☐ C.E ☐ PAS ☐ | | 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  ☐ Especialización  ☐ Maestría  ☐ 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 | |
| **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  ☐ Aplica ☐ No Aplica | | | | Vigencia de calibración (Si aplica)  ☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante | | | | | | |
| Fecha de calibración (Si aplica)  AAAA/MM/DD | | | | Manual técnico y ficha técnica  ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica | | | | | | |
| Usos | | | | | | | | | | |
| **EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2** | | | | | | | | | | |
| Nombre del equipo | | | | | | | Marca del equipo | | | |
| Modelo del equipo | | | | | | | Serie del equipo | | | |
| Calibración  ☐ Aplica ☐ No Aplica | | | | Vigencia de calibración (Si aplica)  ☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante | | | | | | |
| Fecha de calibración (Si aplica)  AAAA/MM/DD | | | | Manual técnico y ficha técnica  ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica | | | | | | |
| Usos | | | | | | | | | | |
| **EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3** | | | | | | | | | | |
| Nombre del equipo | | | | | | | | Marca del equipo | | |
| Modelo del equipo | | | | | | | | Serie del equipo | | |
| Calibración  ☐ Aplica ☐ No Aplica | | | | Vigencia de calibración (Si aplica)  ☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante | | | | | | |
| Fecha de calibración (Si aplica)  AAAA/MM/DD | | | | Manual técnico y ficha técnica  ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica | | | | | | |
| Usos | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 |
| **NUEVO** ☐ | | **RENOVACIÓN** ☐ |  | | |
| **TODAS LAS CATEGORÍAS** | | | | | |
| 1 | Formulario debidamente diligenciado en medio físico | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 2 | Para personas naturales. Fotocopia del documento de identificación | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 3 | Para personas naturales. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT. | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 4 | Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| **CATEGORÍA I** | | | | | |
| 5 | Copia documento identificación del encargado de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 6 | Copia del diploma del encargado de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 7 | Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 8 | Informe sobre los resultados del control de calidad | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 9 | Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 10 | Registro del cumplimiento de los niveles de referencia para diagnóstico | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 11 | Plano general de las instalaciones | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 12 | Certificado de la capacitación en protección radiológica de cada trabajador ocupacionalmente expuesto reportado en el formulario | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 13 | Programa de capacitación en protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 14 | Programa de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 15 | Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 16 | Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 17 | Programa de Tecnovigilancia | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 18 | Programa de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 19 | Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo 1 del artículo 21 | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.1 | Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 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 ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.3 | Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 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 ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.5 | Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado. | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 19.6 | Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado. | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| **CATEGORÍA II \*** | | | | | |
| 5 | Copia documento identificación del oficial de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 6 | Copia del diploma del oficial de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 7 | Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 8 | Informe sobre los resultados del control de calidad | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 9 | Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos. Para alta complejidad, registros del segundo dosímetro | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 10 | Plano general de las instalaciones | | Si ☐ No ☐ |  | Si ☐ No ☐ |
| 11 | Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo del artículo 23 | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.1 | Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 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 ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.3 | Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 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 ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.5 | Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado. | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 11.6 | Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado. | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| *\* 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 ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 2 | Copia del diploma del encargado u oficial de protección radiológica | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 3 | Informe sobre los resultados del control de calidad | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| 4 | Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos con iguales características que los autorizados previamente | | Si ☐ No ☐ NA ☐ |  | Si ☐ No ☐ NA ☐ |
| **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:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |