

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS ANEXO No. 3 Resolución 482 del 22 de febrero del 2018		CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
			VERSIÓN:	2.0
			FECHA:	Dic. 15 de 2020
			PÁGINA:	1 DE 7

SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS

I. 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	
-----------------	-----------------	--	------------------	--

II. DATOS DEL TITULAR									
A.PERSONA NATURAL									
Primer Apellido		Segundo Apellido			Primer Nombre		Segundo Nombre		
Tipo de documento de identificación del titular		C.C		C.E		PAS		Número	Lugar de Expedición
Registro Único Tributario (RUT)						Correo electrónico			
B.PERSONA JURÍDICA									
Nombre o Razón Social del Titular							NIT		
Datos del Representante Legal									
Primer Apellido		Segundo Apellido			Primer Nombre		Segundo Nombre		
Tipo de documento de identificación del titular		C.C		C.E		PAS		Número	Lugar de Expedición
Cargo del Representante Legal						Correo electrónico			
DATOS DE LA INSTALACIÓN									
Dirección de la entidad						Municipio			
Correo electrónico						Número de Celular			
Teléfono fijo						Extensión			
III. PRÁCTICAS SOLICITADAS									
PRACTICA CATEGORIA I					PRACTICA CATEGORIA II				
Radiología Odontológica Periapical					Radioterapia				
Densitometría Ósea					Radiodiagnóstico de Alta Complejidad				
					Radiodiagnóstico de Media Complejidad				
					Radiodiagnóstico de Baja Complejidad				
					Radiografías Odontológicas Panorámicas y Tomografías Orales				
	Otra	¿Cuál?							

IV. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE				
EQUIPO GENERADOR DE RADIACIÓN No. 1 (Marque con X el tipo de equipo a licenciar)				
Equipo de Rx Convencional		Equipo de Rx Portátil		Litotriptor
Equipo de Rx Odontológico Periapical		Equipo de Rx Odontológico		Angiógrafo
		Panorámico Cefálico		Acelerador Lineal
Equipo de Rx Odontológico Periapical Portátil		Arco en C		Sistema de Radiocirugía Robótica
		Fluoroscopio		Otro:
Tomógrafo Odontológico		Spect-CT		
Tomógrafo		PET-CT		
Densitómetro Óseo		Mamógrafo		

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS ANEXO No. 3 Resolución 482 del 22 de febrero del 2018				CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
					VERSIÓN:	2.0
					FECHA:	Dic. 15 de 2020
					PÁGINA:	2 DE 7

Tipo de visualización de imagen	Digital		Digitalizado		Análogo:	Revelado Manual		Revelado Automático		Monitor Análogo		N.A	
Marca del Equipo					Modelo de equipo								
Serie del Equipo					Marca del Tubo de Rx								
					Serie del Tubo de Rx								
Modelo del Tubo de Rx					Corriente máxima del Tubo Rx (mA)								
Tensión Máxima Tubo Rx (Kv)					Energía de Electrones (MeV)								
Energía de Fotones (MeV)					Ubicación del equipo dentro de la instalación								
Carga de trabajo (mA. min/semana)					Año de fabricación del equipo								
Número de permiso de comercialización					Año de fabricación del tubo								


EQUIPO GENERADOR DE RADIACIÓN No. 2 (Marque con X el tipo de equipo a licenciar)													
Equipo de Rx Convencional			Equipo de Rx Portátil			Litotriptor							
Equipo de Rx Odontológico Periapical			Equipo de Rx Odontológico			Angiógrafo							
			Panorámico Cefálico			Acelerador Lineal							
Equipo de Rx Odontológico Periapical Portátil			Arco en C			Sistema de Radiocirugía Robótica							
			Fluoroscopio			Otro:							
Tomógrafo Odontológico			Spect-CT										
Tomógrafo			PET-CT										
Densitómetro Óseo			Mamógrafo										
Tipo de visualización de imagen	Digital		Digitalizado		Análogo:	Revelado Manual		Revelado Automático		Monitor Análogo		N.A	

Marca del Equipo					Modelo de equipo								
Serie del Equipo					Marca del Tubo de Rx								
					Serie del Tubo de Rx								
Modelo del Tubo de Rx					Corriente máxima del Tubo Rx (mA)								
Tensión Máxima Tubo Rx (Kv)					Energía de Electrones (MeV)								
Energía de Fotones (MeV)					Ubicación del equipo dentro de la instalación								
Carga de trabajo (mA. min/semana)					Año de fabricación del equipo								
Número de permiso de comercialización					Año de fabricación del tubo								

(Anexe las tablas que requiera)

V. TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS -TOE														
A. OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA /ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA														
Primer Apellido	Segundo Apellido				Primer Nombre	Segundo Nombre								
Tipo de documento	C.C		C.E		PAS									
							Número				Lugar de Expedición			
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. TRABAJADOR OCUPACIONALMENTE EXPUESTO 1 – TOE1														
Primer Apellido	Segundo Apellido				Primer Nombre	Segundo Nombre								
Tipo de documento	C.C		C.E		PAS									
							Número				Lugar de Expedición			

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS ANEXO No. 3 Resolución 482 del 22 de febrero del 2018	CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Dic. 15 de 2020
		PÁGINA:	3 DE 7

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 de registro del profesional en salud:			

C. TRABAJADOR OCUPACIONALMENTE EXPUESTO 2 – TOE2							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento	C.C		C.E		PAS		
						Número	Lugar de Expedición
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 de registro del profesional en salud:							

(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 <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.	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	Título de posgrado obtenido		Universidad que otorgó el título de posgrado	
<input type="checkbox"/> Especialización				
<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado				
Libro del diploma de posgrado	Registro del diploma de posgrado			

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS ANEXO No. 3 Resolución 482 del 22 de febrero del 2018	CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Dic. 15 de 2020
		PÁGINA:	4 DE 7

Fecha de 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 <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	

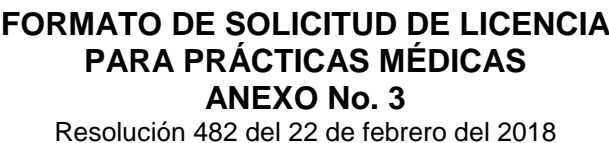
	FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS ANEXO No. 3 Resolución 482 del 22 de febrero del 2018	CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Dic. 15 de 2020
		PÁGINA:	5 DE 7

Usos

VI. PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN
ANEXAR PLANO GENERAL (*)
(*) Especifique: <div><div>1.</div><div>Área de trabajo de la práctica señalando la delimitación de la zona controlada, supervisada y áreas colindantes.</div></div> <div><div>2.</div><div>Actividades que se realizarán en cada una de las áreas de trabajo.</div></div> <div><div>3.</div><div>Ubicación de los equipos de Rayos X y Aceleradores Lineales.</div></div> <div><div>4.</div><div>Ruta de pacientes y público.</div></div> <div><div>5.</div><div>Conductos de cables en el blindaje, conductos de ventilación y electricidad.</div></div>

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 anexos:

VII. 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		RENOVACIÓN		SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
TODAS LAS CATEGORIAS										
1	Formulario debidamente diligenciado en medio físico.									
2	Para personas naturales. Fotocopia del documento de identificación.									
3	Para personas naturales. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.									
4	Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio.									
5	Para personas jurídicas. Fotocopia del documento de identificación de los representantes legales principales y suplentes.									
CATEGORIA I				SI	NO	N/A	FOLIO	SI	NO	N/A
6	Copia documento de identificación del encargado de protección radiológica.									
7	Copia del diploma del encargado de protección radiológica.									
8	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje.									
9	Informe sobre los resultados del control de calidad.									
10	Registros dosimétricos del último periodo de los trabajadores ocupacionalmente expuestos.									
11	Registro del cumplimiento de los niveles de referencia para diagnóstico.									
12	Plano general de las instalaciones.									



CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
VERSIÓN:	2.0
FECHA:	Dic. 15 de 2020
PÁGINA:	7 DE 7

MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>								
		SI	NO	N/A	FOLIO	SI	NO	N/A
1	Copia documento identificación del encargado u oficial de protección radiológica.							
2	Copia del diploma del encargado u oficial de protección radiológica.							
3	Informe sobre los resultados de control de calidad.							
4	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos con iguales características que los autorizados previamente.							
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS (PARA USO UNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD)								
Nombre Completo del Funcionario		Cargo			Firma			

[illegible]