

 <p>Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca</p>	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS</b> <b>ANEXO No. 3</b> 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 Panorámico Cefálico	Angiógrafo	
		Acelerador Lineal	
Equipo de Rx Odontológico Periapical Portátil	Arco en C	Sistema de Radiocirugía Robótica	
	Fluoroscopio		
Tomógrafo Odontológico	Spect-CT	Otro:	
Tomógrafo	PET-CT		
Densitómetro Óseo	Mamógrafo		

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA          PARA PRÁCTICAS MÉDICAS          ANEXO No. 3</b> 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 Panorámico Cefálico		Angiógrafo			
		Arco en C		Acelerador Lineal			
Equipo de Rx Odontológico Periapical Portátil		Fluoroscopio		Otro:			
		Spect-CT					
Tomógrafo Odontológico		PET-CT					
Tomógrafo		Mamógrafo					
Densitómetro Óseo							
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	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA          PARA PRÁCTICAS MÉDICAS          ANEXO No. 3</b> 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"/> 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 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
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 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. <input type="checkbox"/>	Lugar de expedición <input type="checkbox"/>
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	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA          PARA PRÁCTICAS MÉDICAS          ANEXO No. 3</b> 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

	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA PARA PRÁCTICAS MÉDICAS</b> <b>ANEXO No. 3</b> 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

<b>VI. PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN</b>
ANEXAR PLANO GENERAL (*)
(*) Especifique: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Área de trabajo de la práctica señalando la delimitación de la zona controlada, supervisada y áreas colindantes.</li> <li>2. Actividades que se realizarán en cada una de las áreas de trabajo.</li> <li>3. Ubicación de los equipos de Rayos X y Aceleradores Lineales.</li> <li>4. Ruta de pacientes y público.</li> <li>5. Conductos de cables en el blindaje, conductos de ventilación y electricidad.</li> </ol>

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO</b>	
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						
NUEVO		RENOVACIÓN		PARA USO UNICAMENTE DEL SOLICITANTE			FOLIO	PARA USO UNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD		
				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.									

 Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA          PARA PRÁCTICAS MÉDICAS          ANEXO No. 3</b> Resolución 482 del 22 de febrero del 2018	CÓDIGO:	F-EI-RIO-01
		VERSIÓN:	2.0
		FECHA:	Dic. 15 de 2020
		PÁGINA:	6 DE 7

		SI	NO	N/A	FOLIO	SI	NO	N/A
13	Certificado de la capacitación en protección radiológica de cada trabajador ocupacionalmente expuesto reportado en el formulario.							
14	Programa de capacitación en protección radiológica.							
15	Programa de protección radiológica.							
16	Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante.							
17	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos.							
18	Programa de Tecno vigilancia.							
19	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo 1 del artículo 21.							
19.1	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico.							
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).							
19.3	Fotocopia del Diploma de posgrado de (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad.							
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).							
19.5	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.							
19.6	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.							
<b>CATEGORIA II*</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>	<b>FOLIO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>
6	Copia documento identificación del oficial de protección radiológica.							
7	Copia del diploma del oficial 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 período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos. Para alta complejidad, registros del segundo dosímetro.							
11	Plano general de las instalaciones.							
12	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo del artículo 23.							
12.1	Fotocopia del Diploma de Posgrado del Director Técnico.							
12.2	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).							
12.3	Fotocopia del Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad.							
12.4	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).							
2.5	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.							
12.6	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.							
<b>*Los demás documentos contenidos en el artículo 24, serán verificados en la visita previa</b>								

