

Anexo No. 4

Formato de solicitud de licencia de prácticas industriales, veterinarias o de investigación

SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS INDUSTRIALES, VETERINARIAS O DE INVESTIGACIÓN							
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							
DATOS DEL TÍTULAR							
I. 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. <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 (diligencie en caso de ser persona jurídica)							
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		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, según corresponda

IV. PRÁCTICAS SOLICITADAS	
Prácticas que pretende realizar	
Categoría I <input type="checkbox"/> Radiología industrial de baja complejidad	Categoría II <input type="checkbox"/> Radiología industrial de alta complejidad <input type="checkbox"/> Radiología veterinaria <input type="checkbox"/> Radiología en investigación
<input type="checkbox"/> Otra: _____	

V. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE	
<b>Equipo generador de radiación ionizante 1.</b>	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante <div><input type="checkbox"/> Equipo de Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X <input type="checkbox"/> Acelerador lineal <input type="checkbox"/> Acelerador lineal de uso veterinario</div> <div><input type="checkbox"/> Espectrómetro de rayos X <input type="checkbox"/> Equipo de Difracción de RX <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional</div> <div><input type="checkbox"/> Escáner de pallets y paquetes <input type="checkbox"/> Escáner de Carga <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional móvil</div> <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Tipo de visualización de la imagen <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	
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 <i>AAAA</i>
Año de fabricación del tubo <i>AAAA</i>	

<b>Equipo generador de radiación ionizante 2.</b>	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante <div><input type="checkbox"/> Equipo de Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X <input type="checkbox"/> Acelerador lineal <input type="checkbox"/> Acelerador lineal de uso veterinario</div> <div><input type="checkbox"/> Espectrómetro de rayos X <input type="checkbox"/> Equipo de Difracción de RX <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional</div> <div><input type="checkbox"/> Escáner de pallets y paquetes <input type="checkbox"/> Escáner de Carga <input type="checkbox"/> Equipo de radiología convencional móvil</div> <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Tipo de visualización de la imagen <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	
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

VI. REQUISITOS

COMPLEJIDAD	REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Categoría I	Cuenta con un encargado de protección radiológica, que posee formación en protección radiológica			
	Cuenta con un programa de protección radiológica que incluya responsabilidades en la institución y procedimientos documentados para la realización de la práctica y medidas en caso de emergencia			
	Se desarrolla los contenidos del programa de protección radiológica que incluya responsabilidades en la institución y procedimientos documentados para la realización de la práctica y medidas en caso de emergencia			
	Los resultados del estudio ambiental de la instalación cumplen los límites y restricciones de dosis para los trabajadores y el público, con la descripción de la instalación, zonas adyacentes y plano general de la instalación			
	La estudio ambiental de la instalación fue realizado por el quien ostente licencia para la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad			
	Se adjuntó la estudio ambiental de la instalación			
	Se ha realizado el cálculo de blindajes, si aplica, y la instalación se encuentra de acuerdo a este			
	La instalación posee señales de advertencia			
	Contar con un programa de vigilancia pos mercado de los equipos generadores de radiación ionizante, que deberá contener como mínimo con procedimientos de identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos, que estos presenten durante su uso, e informar a la Entidad Territorial de Salud correspondiente.			
	El cálculo de realizado por el licenciado para la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad, autorizado por este Ministerio			
	Se adjuntó el cálculo de blindajes			
	Los trabajadores poseen la capacitación en el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante y curso de protección radiológica enfocado a la práctica específica que se pretende licenciar			
	Los equipos móviles cumple con los requisitos planteados en los ítems anteriores y posee procedimientos para uso, incluyendo la zona de exclusión			
	Además de las anteriores, se debe:			
	Cuenta con programa de capacitación en protección radiológica, con una periodicidad anual			
Categoría II	Los trabajadores ocupacionalmente expuestos cuentan con dosimetría			
	Se cuenta con registros dosimétricos del último mes de los trabajadores ocupacionalmente expuestos que incluya las dosis acumulativas.			
	Se ha realizado una evaluación de emergencias.			

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO (40)				
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	Numero 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	Estudio ambiental de la instalación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	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"/>
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"/> NA <input type="checkbox"/>
12	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"/>
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD				

<b>VII. CONCEPTO</b> Concepto sobre la solicitud de licencia de práctica industrial veterinaria y de investigación PARA USO ÚNICAMENTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD  <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Negada  Observaciones:  <hr/> <hr/> <hr/>
---