

<div>uesvalle</div> <div>Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca</div>	SOLICITUD DE LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD (Resolución 0482 de 2018)										CÓDIGO:	F-EI-RIO-06
											VERSIÓN:	3.0
											FECHA:	Oct. 24 de 2022
											PÁGINA:	1 DE 2

I. TIPO DE TRÁMITE			Nuevo				Modificación					Renovación							
DATOS DE LA LICENCIA ANTERIOR (si aplica)					Número de la licencia anterior										Fecha de la licencia anterior (AAAA/MM/DD)				
TIPO DE TITULAR					Persona Natural										Persona Jurídica				

II. DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRÁMITE

Nombre completo:																						
Documento de Identificación			P.T.		C.C.		C.E.		NIT		Número de documento					Lugar de Expedición						
Cargo													Correo electrónico									
Número celular 1								Número celular 2								Número telefónico Fijo				Extensión		

III. DATOS DEL TITULAR

A. PERSONA NATURAL (Diligencie solo si es persona natural)

Nombre completo:																						
Documento de Identificación			P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento					Lugar de Expedición								
Registro Único Tributario (RUT)										Correo electrónico												
Dirección de Notificación															Municipio							
Número celular 1								Número celular 2								Número telefónico Fijo				Extensión		

B. PERSONA JURÍDICA (Diligencie solo si es persona jurídica)

Nombre completo o Razón Social															NIT							
Nombre Completo del Representante Legal																						
Documento de Identificación			P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento					Lugar de Expedición								
Cargo del Representante Legal										Correo electrónico												
Número celular 1								Número celular 2								Número telefónico Fijo				Extensión		

IV. DATOS DE LAS INSTALACIONES

Dirección de la entidad										Municipio				Correo electrónico								
Número celular 1								Número celular 2								Número telefónico Fijo				Extensión		

V. SERVICIOS SOLICITADOS

Calculo de blindajes de instalaciones							Control de calidad de equipos en tomografía								
Realizar los estudios ambientales de las instalaciones							Control de calidad de equipos en equipos odontológicos periapicales								
Control de calidad de equipos en fluoroscopio y arcos en C							Control de calidad de equipos en mamografía								
Control de calidad de equipos en radiología convencional y portátil							Control de calidad de equipos en equipos odontológicos panorámicos								
Control de calidad de equipos en angiógrafos							Control de calidad de equipos en PET-CT								
Control de calidad de quipos en Radioterapia (Aceleradores Lineales)							Prestar servicios de protección radiológica en las diferentes prácticas								
Verificar control de calidad de equipos en densitómetros óseos							Otro				Cuál				

VI. DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo																	
Documento de Identificación			P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento					Lugar de Expedición			
Correo electrónico																	

B. IDONEIDAD PROFESIONAL

Título de Pregrado obtenido															Universidad que otorgó el título de pregrado						
Libro de Diploma de pregrado								Registro de Diploma de Pregrado								Fecha diploma de pregrado					
Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)															Fecha convalidación pregrado (Si aplica)						
Nivel académico último posgrado			Especialización			Doctorado			Maestría				Título posgrado obtenido								
Universidad que le otorgó el título de posgrado															Libro de Diploma de posgrado						
Registro de Diploma de posgrado															Fecha diploma de posgrado						
Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)															Fecha convalidación posgrado (Si aplica)						

C. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Certificación 1.

Nombre o razón social del establecimiento															Municipio						
Dirección															Teléfono						
Funciones específicas en Protección Radiológica:										Fecha de Inicio de labores		AAA/MM/DD		Fecha de finalización de labores		AAA/MM/DD					

Certificación 2.

Nombre o razón social del establecimiento															Municipio						
Dirección															Teléfono						
Funciones específicas en Protección Radiológica:										Fecha de Inicio de labores		AAA/MM/DD		Fecha de finalización de labores		AAA/MM/DD					

Certificación 3.

Nombre o razón social del establecimiento															Municipio						
Dirección															Teléfono						
Funciones específicas en Protección Radiológica:										Fecha de Inicio de labores		AAA/MM/DD		Fecha de finalización de labores		AAA/MM/DD					

Certificación 4.

Nombre o razón social del establecimiento															Municipio						
Dirección															Teléfono						
Funciones específicas en Protección Radiológica:										Fecha de Inicio de labores		AAA/MM/DD		Fecha de finalización de labores		AAA/MM/DD					

VII. DATOS PROFESIONAL(ES) QUE APOYA(N) EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

PROFESIONAL 1.

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo																	
Documento de Identificación			P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento					Lugar de Expedición			
Correo electrónico																	

B. IDONEIDAD PROFESIONAL

Título de Pregrado obtenido															Universidad que otorgó el título de pregrado						
Libro de Diploma de pregrado								Registro de Diploma de Pregrado								Fecha diploma de pregrado					
Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)															Fecha convalidación pregrado (Si aplica)						
Nivel académico último posgrado			Especialización			Doctorado			Maestría				Título posgrado obtenido								
Universidad que le otorgó el título de posgrado															Libro de Diploma de posgrado						
Registro de Diploma de posgrado															Fecha diploma de posgrado						
Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)															Fecha convalidación posgrado (Si aplica)						

<div><div>uesvalle</div><div>Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca</div></div>	SOLICITUD DE LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD (Resolución 0482 de 2018)										CÓDIGO:	F-EI-RIO-06
											VERSIÓN:	3.0
											FECHA:	Oct. 24 de 2022
											PÁGINA:	2 DE 2
PROFESIONAL 2.												
A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION												
Nombre Completo												
Documento de Identificación	P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento		Lugar de Expedición			
Correo electrónico												
B. IDONEIDAD PROFESIONAL												
Título de Pregrado obtenido								Universidad que otorgó el título de pregrado				
Libro de Diploma de pregrado						Registro de Diploma de Pregrado				Fecha diploma de pregrado		
Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)								Fecha convalidación pregrado (Si aplica)				
Nivel académico último posgrado		Especialización			Doctorado			Maestría	Título posgrado obtenid			
Universidad que le otorgó el título de posgrado								Libro de Diploma de posgrado				
Registro de Diploma de posgrado								Fecha diploma de posgrado				
Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)								Fecha convalidación posgrado (Si aplica)				
PROFESIONAL 3.												
A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN												
Nombre Completo												
Documento de Identificación	P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento		Lugar de Expedición			
Correo electrónico												
B. IDONEIDAD PROFESIONAL												
Título de Pregrado obtenido								Universidad que otorgó el título de pregrado				
Libro de Diploma de pregrado						Registro de Diploma de Pregrado				Fecha diploma de pregrado		
Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)								Fecha convalidación pregrado (Si aplica)				
Nivel académico último posgrado		Especialización			Doctorado			Maestría	Título posgrado obtenid			
Universidad que le otorgó el título de posgrado								Libro de Diploma de posgrado				
Registro de Diploma de posgrado								Fecha diploma de posgrado				
Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)								Fecha convalidación posgrado (Si aplica)				
VIII. INFRAESTRUCTURA TÉCNICA: EQUIPOS, DETECTORES Y OBJETOS DE PRUEBAS												
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 1.												
Nombre del equipo						Marca del equipo						
Modelo del equipo						Serie del equipo						
Calibración				Vigencia de calibración (Si aplica)		Un (1) año		Dos (2) años		Otra, definida por el fabricante		
Fecha de Calibración (Si aplica)				Manual técnico y ficha técnica		Posee Manual Técnico				Posee ficha técnica		
Usos (Listar los usos del equipo suscrito):												
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2.												
Nombre del equipo						Marca del equipo						
Modelo del equipo						Serie del equipo						
Calibración				Vigencia de calibración (Si aplica)		Un (1) año		Dos (2) años		Otra, definida por el fabricante		
Fecha de Calibración (Si aplica)				Manual técnico y ficha técnica		Posee Manual Técnico				Posee ficha técnica		
Usos (Listar los usos del equipo suscrito):												
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3.												
Nombre del equipo						Marca del equipo						
Modelo del equipo						Serie del equipo						
Calibración				Vigencia de calibración (Si aplica)		Un (1) año		Dos (2) años		Otra, definida por el fabricante		
Fecha de Calibración (Si aplica)				Manual técnico y ficha técnica		Posee Manual Técnico				Posee ficha técnica		
Usos (Listar los usos del equipo suscrito):												
IX. NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO												
Yo												
Identificado con	P.T.		C.C.		C.E.		Número de documento		Certifico que los datos que me corresponden y que han sido anotados en el presente formato y sus anexos son veraces			
Fecha de solicitud AAAA/MM/DD						Firma			Número de folios anexados			
X. ANEXOS												
DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR EN FISICO				TIPO DE TRAMITE				LISTA DE VERIFICACIÓN				
				Nuevo		Renovación		SI	NO		NO APLICA	
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. Prueba de Constitución, existencia y representación legal, si corresponde a una entidad exceptuada de registro de Cámara y Comercio.											
5	Para personas jurídicas. Fotocopia del documento de identificación de los representantes legales principales y suplentes.											
6	Fotocopia del Diploma de Posgrado del Director Técnico.											
7	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)											
8	Fotocopia del Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad.											
9	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).											
10	Para Director Técnico. Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima de tres(3)años.											
11	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.											
12	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.											
DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR EN FISICO				TIPO DE TRAMITE				LISTA DE VERIFICACIÓN				
				Modificación			SI	NO		NO APLICA		
1	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico.											
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).											
3	Fotocopia de Diploma de Posgrado del(los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad.											
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).											
5	Para Director Técnico. Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima de tres(3)años.											
6	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.											
7	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.											
XI. NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA UESVALLE QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS												
NOMBRE:												
CARGO:												
FIRMA:												