

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 fluoroscopia 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 angiografos			Control de calidad de equipos en PET-CT			
Control de calidad de equipos 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						
Titulo 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	Titulo 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						
Titulo 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	Titulo 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)			

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 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)				

PROFESIONAL 3.

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 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)				

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:									