	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

Con base legal en el artículo 151 de la Ley 9 de 1979 y conforme a la Resolución 0482 de 2018 “Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones”

CAMPO PARA RADICACIÓN DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL


TIPO DE TRÁMITE ⁽¹⁾		
Nuevo <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>

DATOS DE LICENCIA ANTERIOR (si aplica)	
Número de la licencia anterior ⁽²⁾	Fecha de licencia anterior ⁽³⁾ AAAA/MM/DD

TIPO DE TITULAR ⁽⁴⁾	
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRÁMITE ⁽⁵⁾			
Nombre completo ⁽⁶⁾			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> ⁽⁷⁾	No.		
Cargo ⁽⁸⁾	Correo electrónico ⁽⁹⁾		
Número celular ⁽¹⁰⁾	Indicativo ⁽¹¹⁾	Número telefónico fijo ⁽¹²⁾	Extensión ⁽¹³⁾


DATOS DEL TITULAR ⁽¹⁴⁾			
I. PERSONA NATURAL (Diligencie solo si es persona natural) ⁽¹⁵⁾			
Nombre completo ⁽¹⁶⁾			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> ⁽¹⁷⁾	No.	Lugar de expedición ⁽¹⁸⁾	
Registro Único Tributario (RUT) ⁽¹⁹⁾	Correo electrónico ⁽²⁰⁾		
Dirección de notificación ⁽²¹⁾	Departamento/Distrito ⁽²²⁾	Municipio ⁽²³⁾	
Número celular ⁽²⁴⁾	Indicativo ⁽²⁵⁾	Número telefónico fijo ⁽²⁶⁾	Extensión ⁽²⁷⁾
II. PERSONA JURÍDICA (Diligencie solo si es persona jurídica) ⁽²⁸⁾			
Nombre completo o Razón Social ⁽²⁹⁾			
NIT <input type="checkbox"/> ⁽³⁰⁾	No.		
Nombre completo del Representante legal ⁽³¹⁾			

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01


C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> (32)	No.	Lugar de expedición (33)	
Cargo del Representante legal (34)			
Correo electrónico (35)			
Número celular (36)	Indicativo (37)	Número telefónico fijo (38)	Extensión (39)
DATOS DE LA INSTALACIÓN (40)			
Dirección de la entidad (41)			
Correo electrónico (42)	Departamento/Distrito (43)	Municipio (44)	
Número celular (45)	Indicativo (46)	Número telefónico fijo (47)	Extensión (48)

SERVICIOS SOLICITADOS (49)	
<input type="checkbox"/> Cálculo de blindajes de instalaciones <input type="checkbox"/> Realizar los estudios ambientales de las instalaciones <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en fluoroscopio y arcos en C <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en radiología convencional y portátil <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en angiógrafos <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en Radioterapia (Aceleradores Lineales) <input type="checkbox"/> Verificar control de calidad de equipos en densitómetros óseos	<input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en tomografía <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en equipos odontológicos periapicales <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en mamografía <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en equipos odontológicos panorámico <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en PET-CT <input type="checkbox"/> Control de calidad de equipos en SPEC CT <input type="checkbox"/> Prestar servicios de protección radiológica en las diferentes prácticas <input type="checkbox"/> Otro: _____

DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO (50)			
I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (51)			
Nombre completo (52)			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> (53)	No.	Lugar de expedición (54)	
Correo electrónico (55)			
II. IDONEIDAD PROFESIONAL (56)			
Título de pregrado obtenido (57)	Universidad que otorgó el título de pregrado (58)		
Libro del diploma de pregrado (59)	Registro del diploma de pregrado (60)		
Fecha diploma de pregrado (61) <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica) (62)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) (63) <i>AAAA/MM/DD</i>	
Nivel académico último posgrado (64) <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Título de posgrado obtenido (65)	Universidad que otorgó el título de posgrado (66)	

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01


Libro del diploma de posgrado (67)		Registro del diploma de posgrado (68)	
Fecha diploma de posgrado (69) <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica) (70)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) (71) <i>AAAA/MM/DD</i>	
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL (72)			
Certificación 1 (73)			
Nombre o razón social del establecimiento (74)			
Funciones específicas en Protección Radiológica (75)			
Fecha de inicio de labores (76) <i>AAAA/MM/DD</i>	Fecha de finalización de labores (77) <i>AAAA/MM/DD</i>		
Certificación 2 (78)			
Nombre o razón social del establecimiento (79)			
Funciones específicas en Protección Radiológica (80)			
Fecha de inicio de labores (81) <i>AAAA/MM/DD</i>	Fecha de finalización de labores (82) <i>AAAA/MM/DD</i>		
Certificación 3 (83)			
Nombre o razón social del establecimiento (84)			
Funciones específicas en Protección Radiológica (85)			
Fecha de inicio de labores (86) <i>AAAA/MM/DD</i>	Fecha de finalización de labores (87) <i>AAAA/MM/DD</i>		
Certificación 4 (88)			
Nombre o razón social del establecimiento (89)			
Funciones específicas en Protección Radiológica (90)			

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

Fecha de inicio de labores (91) <i>AAAA/MM/DD</i>	Fecha de finalización de labores (92) <i>AAAA/MM/DD</i>
---	---

(Anexe las tablas que requiera)


DATOS PROFESIONAL(ES) QUE APOYA (N) EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS (93)			
PROFESIONAL 1 (94)			
I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (95)			
Nombre completo (96)			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> (97)	No.	Lugar de expedición (98)	
Correo electrónico (99)			
II. IDONEIDAD PROFESIONAL (100)			
Título de pregrado obtenido (101)		Universidad que otorgó el título de pregrado (102)	
Libro del diploma de pregrado (103)		Registro del diploma de pregrado (104)	
Fecha diploma de pregrado (105) <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica) (106)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) (107) <i>AAAA/MM/DD</i>	
Nivel académico último posgrado (108) <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Título de posgrado obtenido (109)	Universidad que otorgó el título de posgrado (110)	
Libro del diploma de posgrado (111)		Registro del diploma de posgrado (112)	
Fecha diploma de posgrado (113) <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica) (114)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) (115) <i>AAAA/MM/DD</i>	
PROFESIONAL 2 (116)			
I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (117)			
Nombre completo (118)			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> (119)	No.	Lugar de expedición (120)	
Correo electrónico (121)			
II. IDONEIDAD PROFESIONAL (122)			
Título de pregrado obtenido (123)		Universidad que otorgó el título de pregrado (124)	
Libro del diploma de pregrado (125)		Registro del diploma de pregrado (126)	

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

Fecha diploma de pregrado (127) <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica) (128)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) (129) <i>AAAA/MM/DD</i>
Nivel académico último posgrado (130) <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Título de posgrado obtenido (131)	Universidad que otorga el título de posgrado (132)
Libro del diploma de posgrado (133)	Registro del diploma de posgrado (134)	
Fecha diploma de posgrado (135) <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica) (136)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) (137) <i>AAAA/MM/DD</i>

(Anexe las tablas que requiera)


INFRAESTRUCTURA TÉCNICA: EQUIPOS, DETECTORES Y OBJETOS DE PRUEBAS (138)	
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 1 (139)	
Nombre del equipo (140)	Marca del equipo (141)
Modelo del equipo (142)	Serie del equipo (143)
Calibración (144) <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) (145) <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) (146) <i>AAAA/MM/DD</i>	Manual técnico y ficha técnica (147) <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica
Usos (148)	
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2 (149)	
Nombre del equipo (150)	Marca del equipo (151)
Modelo del equipo (152)	Serie del equipo (153)
Calibración (154) <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) (155) <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) (156) <i>AAAA/MM/DD</i>	Manual técnico y ficha técnica (157) <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica
Usos (158)	
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3 (159)	

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01


Nombre del equipo (160)	Marca del equipo (161)
Modelo del equipo (162)	Serie del equipo (163)
Calibración (164) <input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) (165) <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) (166) AAAA/MM/DD	Manual técnico y ficha técnica (167) <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica
Usos (168)	

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO (169)					
Yo _____ identificado con C.C No: _____			Firma: _____		
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	Número de folios anexados	

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR EN FÍSICO		LISTA DE VERIFICACIÓN		
		PARA USO ÚNICAMENTE DEL SOLICITANTE	FOLIO No.	PARA USO ÚNICAMENTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
	NUEVO <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>		
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"/>
6	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Para Director Técnico. Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima de tres (3) años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>


	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

12	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>			
1	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
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)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
3	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
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)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
5	Para Director Técnico. Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima de tres (3) años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
6	Certificados de calibración con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo modificado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
7	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba modificado	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 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			


	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO (No imprimir).

- (1) **Tipo de trámite:** marque con una X si el trámite es una solicitud de modificación, renovación o nueva según corresponda.
- (2) **Número de licencia anterior:** indique el número de licencia anterior cuando se trate de una solicitud de modificación o renovación. Si es una solicitud nueva no se diligencia.
- (3) **Fecha de licencia anterior:** indique la fecha de la licencia anterior cuando se trate de una solicitud de modificación o renovación. Si es una solicitud nueva no se diligencia.
- (4) **Tipo de titular:** marque con una X si el titular es persona natural o persona jurídica según corresponda.
- (5) **Datos del responsable del trámite:** hace referencia a los datos de la persona que realiza el trámite.
- (6) **Nombre completo:** nombres y apellidos de la persona que realiza el trámite.
- (7) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento de la persona que realiza el trámite. Para Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE) o Pasaporte (PAS) según corresponda. Seguidamente indique el número de documento.
- (8) **Cargo:** indique el cargo de la persona que realiza el trámite.
- (9) **Correo electrónico:** indique el correo electrónico de la persona que realiza el trámite.
- (10) **Número celular:** indique el número celular en donde puede ser contactado la persona que realiza el trámite.
- (11) **Indicativo:** indicativo según la ciudad del teléfono fijo.
- (12) **Número telefónico fijo:** indique el número telefónico fijo en donde puede ser contactado la persona que realiza el trámite.
- (13) **Extensión:** indique el número de la extensión del teléfono fijo en donde puede ser contactado la persona que realiza el trámite. Si no aplica no se diligencia.
- (14) **Datos del titular:** hace referencia a los datos de la persona o entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (15) **Persona natural:** hace referencia a los datos de la persona natural que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (16) **Nombre completo:** nombres y apellidos de la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Solo aplica para persona natural.
- (17) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento de la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Para Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE) o Pasaporte (PAS) según corresponda. Seguidamente indique el número de documento. Solo aplica para Persona natural.
- (18) **Lugar de expedición:** lugar de expedición del documento de identificación de la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (19) **Registro Único Tributario:** indique el número del RUT de la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (20) **Correo electrónico:** indique el correo electrónico de la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (21) **Dirección de notificación:** indique la dirección de notificación de la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (22) **Departamento:** indique el departamento al cual pertenece la dirección de notificación suscrita.
- (23) **Municipio:** indique el municipio al cual pertenece la dirección de notificación suscrita.
- (24) **Número celular:** indique el número celular en donde puede ser contactado la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (25) **Indicativo:** indicativo según la ciudad del teléfono fijo.
- (26) **Número telefónico fijo:** número telefónico fijo en donde puede ser contactado la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (27) **Extensión:** número de la extensión del teléfono fijo donde puede ser contactado la persona que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Si no aplica no se diligencia.
- (28) **Persona jurídica:** hace referencia a los datos de la persona o entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (29) **Nombre completo o Razón social:** nombres y apellidos, o nombre de la entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (30) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento de la persona o entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Solo aplica el Número de identificación Tributaria (NIT). Seguidamente indique el número del NIT, debe coincidir con el número que aparece en el certificado de Cámara y Comercio.
- (31) **Nombre del Representante legal:** nombres y apellidos del representante legal de la entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Debe coincidir con el que aparece en el certificado de Cámara y Comercio.
- (32) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento del representante legal de la entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Para Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE) o Pasaporte (PAS) según corresponda. Seguidamente indique el número de documento.
- (33) **Lugar de expedición:** lugar de expedición del documento de identidad del representante legal de la entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (34) **Cargo del representante legal:** indique el cargo del representante legal de la entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica. Puede ser Gerente
- (35) **Correo electrónico:** indique el correo electrónico de la persona o entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (36) **Número celular:** indique el número celular de contacto de la persona o entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (37) **Indicativo:** indicativo según la ciudad del teléfono fijo.
- (38) **Número telefónico fijo:** número telefónico fijo de contacto de la persona o entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (39) **Extensión:** número de la extensión del teléfono fijo suscrito. Si no aplica no se diligencia.
- (40) **Datos de la instalación:** hace referencia a los datos de la ubicación y contacto de la sede física del titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (41) **Dirección de la entidad:** indicar la dirección del lugar donde se desarrollan los servicios de protección radiológica y se tiene bajo custodia los equipos.
- (42) **Departamento:** indique el departamento al cual pertenece la dirección de la entidad suscrita.
- (43) **Municipio:** indique el municipio al cual pertenece la dirección de la entidad suscrita
- (44) **Número celular:** indique el número celular de contacto de la sede física de la entidad suscrita.
- (46) **Indicativo:** indicativo según la ciudad del teléfono fijo.
- (47) **Número telefónico fijo:** número telefónico fijo de contacto de la sede física de la entidad que pretende ser titular de la autorización para la prestación de servicios de protección radiológica.
- (48) **Extensión:** número de la extensión del teléfono fijo suscrito.
- (49) **Servicios solicitados:** seleccionar una o varios servicios que se soliciten prestar en el marco de la autorización de prestación de servicios de protección radiológica
- (50) **Director técnico:** (Insertar datos de acuerdo a la resolución)
- (51) **Datos básicos de identificación:** corresponden a los datos de identificación y contacto del Director técnico
- (52) **Nombre completo:** nombres y apellidos del Director técnico
- (53) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento del Director técnico. Para Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE) o Pasaporte (PAS) según corresponda. Seguidamente indique el número de documento.
- (54) **Lugar de expedición:** lugar de expedición del documento de identidad del Director técnico.
- (55) **Correo electrónico:** indique el correo electrónico de contacto del Director técnico.
- (56) **Idoneidad profesional:** hace referencia a los datos correspondiente a estudios académicos realizados por el Director técnico
- (57) **Título de pregrado obtenido:** nombre del Título de Pregrado obtenido que se encuentra en el diploma de grado
- (58) **Universidad que otorgó el título de pregrado:** nombre de la universidad que se encuentra en el diploma de grado
- (59) **Libro del diploma de pregrado:** número del libro del diploma de pregrado que se encuentra en el diploma de grado
- (60) **Registro del diploma de pregrado:** número del registro del diploma de pregrado que se encuentra en el diploma de grado
- (61) **Fecha del diploma de pregrado:** fecha que se encuentra en el diploma de grado
- (62) **Resolución de convalidación del título de pregrado:** Número de Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

- (63) **Fecha de convalidación del título de pregrado:** fecha que se encuentra en la Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (64) **Nivel académico del último posgrado:** señalar con una X el posgrado de mayor nivel académico realizado.
- (65) **Título de posgrado obtenido:** nombre del Título de Posgrado obtenido que se encuentra en el diploma de grado
- (66) **Universidad que otorgó el título de posgrado:** nombre de la universidad que se encuentra en el diploma de grado
- (67) **Libro del diploma de posgrado:** número del libro del diploma de posgrado que se encuentra en el diploma de grado
- (68) **Registro del diploma de posgrado:** número del registro del diploma de posgrado que se encuentra en el diploma de grado
- (69) **Fecha del diploma de posgrado:** fecha que se encuentra en el diploma de grado
- (70) **Resolución de convalidación del título de posgrado:** Número de Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (71) **Fecha de convalidación del título de posgrado:** fecha que se encuentra en la Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero
- (72) **Experiencia profesional:** hace referencia a los cargos, funciones y entidades donde ha laborado el Director técnico relacionadas con prestación de servicios de protección radiológica.
- (73) **Certificación 1:** corresponde a los datos del cargo desempeñado relacionadas con prestación de servicios de protección radiológica.
- (74) **Nombre o razón social del establecimiento:** nombre o razón social de la entidad, que aparece en la certificación, donde desempeñó el cargo relacionado con prestación de servicios de protección radiológica.
- (75) **Funciones específicas en protección radiológica:** listado de funcionarios desempeñados relacionadas con protección radiológica en el cargo y que se listan en la certificación
- (76) **Fecha de inicio de labores:** fecha de inicio relacionada en la certificación
- (77) **Fecha de finalización de labores:** fecha de finalización relacionada en la certificación
- (78) **Certificación 2:** corresponde a los datos del cargo desempeñado relacionadas con prestación de servicios de protección radiológica.
- (79) **Nombre o razón social del establecimiento:** nombre o razón social de la entidad, que aparece en la certificación, donde desempeñó el cargo relacionado con prestación de servicios de protección radiológica.
- (80) **Funciones específicas en protección radiológica:** listado de funcionarios desempeñados relacionadas con protección radiológica en el cargo y que se listan en la certificación
- (81) **Fecha de inicio de labores:** fecha de inicio relacionada en la certificación
- (82) **Fecha de finalización de labores:** fecha de finalización relacionada en la certificación
- (83) **Certificación 3:** corresponde a los datos del cargo desempeñado relacionadas con prestación de servicios de protección radiológica.
- (84) **Nombre o razón social del establecimiento:** nombre o razón social de la entidad, que aparece en la certificación, donde desempeñó el cargo relacionado con prestación de servicios de protección radiológica.
- (85) **Funciones específicas en protección radiológica:** listado de funcionarios desempeñados relacionadas con protección radiológica en el cargo y que se listan en la certificación
- (86) **Fecha de inicio de labores:** fecha de inicio relacionada en la certificación
- (87) **Fecha de finalización de labores:** fecha de finalización relacionada en la certificación
- (88) **Certificación 4:** corresponde a los datos del cargo desempeñado relacionadas con prestación de servicios de protección radiológica.
- (89) **Nombre o razón social del establecimiento:** nombre o razón social de la entidad, que aparece en la certificación, donde desempeñó el cargo relacionado con prestación de servicios de protección radiológica.
- (90) **Funciones específicas en protección radiológica:** listado de funcionarios desempeñados relacionadas con protección radiológica en el cargo y que se listan en la certificación
- (91) **Fecha de inicio de labores:** fecha de inicio relacionada en la certificación
- (92) **Fecha de finalización de labores:** fecha de finalización relacionada en la certificación
- (93) **Profesional(es) que realiza(n) controles de calidad:** (Insertar según la resolución)
- (94) **Profesional 1:** corresponde a los datos básicos de identificación e idoneidad profesional de la persona que realiza controles de calidad
- (95) **Datos básicos de identificación:** corresponden a los datos de identificación y contacto del profesional que realiza controles de calidad
- (96) **Nombre completo:** nombres y apellidos del profesional que realiza controles de calidad
- (97) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento del profesional que realiza controles de calidad. Para Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE) o Pasaporte (PAS) según corresponda. Seguidamente indique el número de documento
- (98) **Lugar de expedición:** lugar de expedición del documento de identidad
- (99) **Correo electrónico:** indique el correo electrónico de contacto
- (100) **Idoneidad profesional:** hace referencia a los datos correspondiente a estudios académicos realizados
- (101) **Título de pregrado obtenido:** nombre del Título de Pregrado obtenido que se encuentra en el diploma de grado
- (102) **Universidad que otorgó el título de pregrado:** nombre de la universidad que se encuentra en el diploma de grado
- (103) **Libro del diploma de pregrado:** número del libro del diploma de pregrado que se encuentra en el diploma de grado
- (104) **Registro del diploma de pregrado:** número del registro del diploma de pregrado que se encuentra en el diploma de grado
- (105) **Fecha del diploma de pregrado:** fecha que se encuentra en el diploma de grado
- (106) **Resolución de convalidación del título de pregrado:** Número de Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (107) **Fecha de convalidación del título de pregrado:** fecha que se encuentra en la Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (108) **Nivel académico del último posgrado:** señalar con una X el posgrado de mayor nivel académico realizado.
- (109) **Título de posgrado obtenido:** nombre del Título de Posgrado obtenido que se encuentra en el diploma de grado
- (110) **Universidad que otorgó el título de posgrado:** nombre de la universidad que se encuentra en el diploma de grado
- (111) **Libro del diploma de posgrado:** número del libro del diploma de posgrado que se encuentra en el diploma de grado
- (112) **Registro del diploma de posgrado:** número del registro del diploma de posgrado que se encuentra en el diploma de grado
- (113) **Fecha del diploma de posgrado:** fecha que se encuentra en el diploma de grado
- (114) **Resolución de convalidación del título de posgrado:** Número de Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (115) **Fecha de convalidación del título de posgrado:** fecha que se encuentra en la Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero
- (116) **Profesional 2:** corresponde a los datos básicos de identificación e idoneidad profesional de la persona que realiza controles de calidad
- (117) **Datos básicos de identificación:** corresponden a los datos de identificación y contacto del profesional que realiza controles de calidad
- (118) **Nombre completo:** nombres y apellidos del profesional que realiza controles de calidad
- (119) **Tipo y número de identificación:** marque con una X el tipo de documento del profesional que realiza controles de calidad. Para Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE) o Pasaporte (PAS) según corresponda. Seguidamente indique el número de documento
- (120) **Lugar de expedición:** lugar de expedición del documento de identidad
- (121) **Correo electrónico:** indique el correo electrónico de contacto
- (122) **Idoneidad profesional:** hace referencia a los datos correspondiente a estudios académicos realizados
- (123) **Título de pregrado obtenido:** nombre del Título de Pregrado obtenido que se encuentra en el diploma de grado
- (124) **Universidad que otorgó el título de pregrado:** nombre de la universidad que se encuentra en el diploma de grado
- (125) **Libro del diploma de pregrado:** número del libro del diploma de pregrado que se encuentra en el diploma de grado
- (126) **Registro del diploma de pregrado:** número del registro del diploma de pregrado que se encuentra en el diploma de grado
- (127) **Fecha del diploma de pregrado:** fecha que se encuentra en el diploma de grado

	PROCESO	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	Código	GMTF40
	Formato	Solicitud de licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad	Versión	01

- (128) **Resolución de convalidación del título de pregrado:** Número de Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (129) **Fecha de convalidación del título de pregrado:** fecha que se encuentra en la Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (130) **Nivel académico del último posgrado:** señalar con una X el posgrado de mayor nivel académico realizado.
- (131) **Título de posgrado obtenido:** nombre del Título de Posgrado obtenido que se encuentra en el diploma de grado
- (132) **Universidad que otorgó el título de posgrado:** nombre de la universidad que se encuentra en el diploma de grado
- (133) **Libro del diploma de posgrado:** número del libro del diploma de posgrado que se encuentra en el diploma de grado
- (134) **Registro del diploma de posgrado:** número del registro del diploma de posgrado que se encuentra en el diploma de grado
- (135) **Fecha del diploma de posgrado:** fecha que se encuentra en el diploma de grado
- (136) **Resolución de convalidación del título de posgrado:** Número de Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero.
- (137) **Fecha de convalidación del título de posgrado:** fecha que se encuentra en la Resolución emitida por el Ministerio de Educación Nacional. Solo aplica para títulos obtenidos en el extranjero
- (138) **Equipos u objetos de prueba para la prestación de los servicios de protección radiológica y control de calidad:** hace referencia a los datos básicos de identificación de los equipos u objetos de prueba para la prestación de los servicios de protección radiológica y control de calidad.
- (139) **Equipo u objeto de prueba 1:** datos de identificación, características y usos del equipo u objeto de prueba
- (140) **Nombre del equipo:** escriba el nombre del equipo utilizado
- (141) **Marca del equipo:** nombre de la marca del equipo utilizado
- (142) **Modelo del equipo:** nombre o código del modelo del equipo utilizado
- (143) **Serie del equipo:** número o código de la serie del equipo utilizado
- (144) **Calibración:** señale con una X si la calibración aplica o no para el equipo suscrito
- (145) **Vigencia de calibración:** señale con una X la vigencia de la calibración según corresponda. Diligenciar únicamente si en el numeral 144 se marcó la opción "Aplica".
- (146) **Fecha de calibración:** diligencia la fecha de calibración del equipo suscrito. Diligenciar únicamente si en el numeral 144 se marcó la opción "Aplica".
- (147) **Manual técnico y ficha técnica:** señale con una X si posee manual técnico, ficha técnica o ambos del equipo suscrito.
- (148) **Usos:** listar los usos del equipo suscrito
- (149) **Equipo u objeto de prueba 2:** datos de identificación, características y usos del equipo u objeto de prueba
- (150) **Nombre del equipo:** escriba el nombre del equipo utilizado
- (151) **Marca del equipo:** nombre de la marca del equipo utilizado
- (152) **Modelo del equipo:** nombre o código del modelo del equipo utilizado
- (153) **Serie del equipo:** número o código de la serie del equipo utilizado
- (154) **Calibración:** señale con una X si la calibración aplica o no para el equipo suscrito
- (155) **Vigencia de calibración:** señale con una X la vigencia de la calibración según corresponda. Diligenciar únicamente si en el numeral 154 se marcó la opción "Aplica".
- (156) **Fecha de calibración:** diligencia la fecha de calibración del equipo suscrito. Diligenciar únicamente si en el numeral 154 se marcó la opción "Aplica".
- (157) **Manual técnico y ficha técnica:** señale con una X si posee manual técnico, ficha técnica o ambos del equipo suscrito.
- (158) **Usos:** listar los usos del equipo suscrito
- (159) **Equipo u objeto de prueba 3:** datos de identificación, características y usos del equipo u objeto de prueba
- (160) **Nombre del equipo:** escriba el nombre del equipo utilizado
- (161) **Marca del equipo:** nombre de la marca del equipo utilizado
- (162) **Modelo del equipo:** nombre o código del modelo del equipo utilizado
- (163) **Serie del equipo:** número o código de la serie del equipo utilizado
- (164) **Calibración:** señale con una X si la calibración aplica o no para el equipo suscrito
- (165) **Vigencia de calibración:** señale con una X la vigencia de la calibración según corresponda. Diligenciar únicamente si en el numeral 164 se marcó la opción "Aplica".
- (166) **Fecha de calibración:** diligencia la fecha de calibración del equipo suscrito. Diligenciar únicamente si en el numeral 164 se marcó la opción "Aplica".
- (167) **Manual técnico y ficha técnica:** señale con una X si posee manual técnico, ficha técnica o ambos del equipo suscrito.
- (168) **Usos:** listar los usos del equipo suscrito
- (169) **Nombre y firma del solicitante o apoderado debidamente constituido:** nombre y firma de la persona responsable del trámite
- (170) **Número de folios anexados:** número de soportes anexados según lo requerido en la tabla inmediatamente anterior