



Formato 1

**Formato de solicitud de licencia
para la prestación de servicios de
protección radiológica y control
de calidad**

**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD**

Versión 1
Septiembre de 2025



Formato 1.

Formato de solicitud de licencia para la prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad

SECRETARÍA DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD

I. TIPO DE TRÁMITE	
Nuevo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>

DATOS DE LICENCIA ANTERIOR (si aplica)	
Número de la licencia anterior	Fecha de licencia anterior <i>AAAA/MM/DD</i>

II. TIPO DE TITULAR	
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRÁMITE			
Nombre completo			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.		
Cargo	Correo electrónico		
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

III. DATOS DEL TITULAR			
I. PERSONA NATURAL			
Nombre completo			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de expedición	
Registro Único Tributario (RUT)	Correo electrónico		
Dirección de notificación	Departamento/Distrito	Municipio	
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

II. PERSONA JURÍDICA			
Nombre completo o Razón Social			
NIT <input type="checkbox"/>	No.		
Nombre completo del Representante legal			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de expedición	
Cargo del Representante legal			
Correo electrónico			
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión
DATOS DE LA INSTALACIÓN			
Dirección de la entidad			
Correo electrónico		Departamento/Distrito	Municipio
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

IV. SERVICIOS SOLICITADOS	
<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 fluoroscopia 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 SPECT-CT <input type="checkbox"/> Prestar servicios de protección radiológica en las diferentes prácticas <input type="checkbox"/> Otro: _____

V. DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO			
I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre completo			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de expedición	
Correo electrónico			
II. 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 <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	
Nivel académico último posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado		Título de posgrado obtenido	Universidad que otorgó el título de posgrado
Libro del diploma de posgrado		Registro del diploma de posgrado	
Fecha diploma de posgrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL			
Certificación 1			
Nombre o razón social del establecimiento			
Funciones específicas en Protección Radiológica			
Fecha de inicio de labores <i>AAAA/MM/DD</i>		Fecha de finalización de labores <i>AAAA/MM/DD</i>	
Certificación 2			
Nombre o razón social del establecimiento			
Funciones específicas en Protección Radiológica			
Fecha de inicio de labores <i>AAAA/MM/DD</i>		Fecha de finalización de labores <i>AAAA/MM/DD</i>	
Certificación 3			
Nombre o razón social del establecimiento			

Funciones específicas en Protección Radiológica	
Fecha de inicio de labores <i>AAAA/MM/DD</i>	Fecha de finalización de labores <i>AAAA/MM/DD</i>
Certificación 4	
Nombre o razón social del establecimiento	
Funciones específicas en Protección Radiológica	
Fecha de inicio de labores <i>AAAA/MM/DD</i>	Fecha de finalización de labores <i>AAAA/MM/DD</i>

(Anexe las tablas que requiera)

VI. DATOS PROFESIONAL(ES) QUE APOYA (N) EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS			
PROFESIONAL 1			
I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre completo			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de expedición	
Correo electrónico			
II. 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 <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>	
Nivel académico último posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Título de posgrado obtenido	Universidad que otorgó el título de posgrado	
Libro del diploma de posgrado		Registro del diploma de posgrado	

Fecha diploma de posgrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>
PROFESIONAL 2		
I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre completo		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	No.	Lugar de expedición
Correo electrónico		
II. 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 <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)	Fecha convalidación pregrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>
Nivel académico último posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	Título de posgrado obtenido	Universidad que otorga el título de posgrado
Libro del diploma de posgrado		Registro del diploma de posgrado
Fecha diploma de posgrado <i>AAAA/MM/DD</i>	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)	Fecha convalidación posgrado (Si aplica) <i>AAAA/MM/DD</i>

(Anexe las tablas que requiera)

VII. 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 <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) <i>AAAA/MM/DD</i>	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) <i>AAAA/MM/DD</i>	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) <i>AAAA/MM/DD</i>	Manual técnico y ficha técnica <input type="checkbox"/> Posee Manual técnico <input type="checkbox"/> Posee Ficha técnica
Usos	

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO				
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 O DIGITAL	LISTA DE VERIFICACIÓN		
	PARA USO ÚNICAMENTE DEL SOLICITANTE	FOLIO	PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD



				DEPARTAMENTAL O DISTRITAL	
	NUEVO <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>			
1	Formulario debidamente diligenciado en medio físico o Digital	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"/>
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"/>
4	Para personas jurídicas. Se encuentra inscrito en cámara y comercio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
5	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>
6	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"/>
7	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"/>
8	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"/>
9	Para Director Técnico. Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>
10	Evidencia de la trazabilidad metrológica con una vigencia superior a seis (6) meses por cada equipo reportado.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>
11	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL					

VIII. CONCEPTO
CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD
 PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL

Aceptada Negada

Observaciones:
