



Formato 3

Formato de solicitud de licencia de prácticas médicas

**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD**

Versión 1
Septiembre de 2025



Formato 3 Versión No. 1

Formato de solicitud de licencia de prácticas médicas

SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS

SECRETARÍA DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE LICENCIA

I. TIPO DE TRÁMITE	
Nuevo ☐	Renovación ☐

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

TIPO DE TITULAR	
Persona Natural ☐	Persona Jurídica ☐

II. DATOS DEL TITULAR			
<i>(diligencie en caso de ser persona natural)</i>			
A. 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. ☐ C.E ☐ PAS ☐	No.	Lugar de expedición	
Registro único tributario (RUT): -			
Correo electrónico @			

B. PERSONA JURÍDICA <i>(diligencie en caso de ser persona jurídica)</i> Datos básicos de identificación			
Nombre o Razón Social del titular			
NIT ☐ 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. ☐ C.E. ☐ PAS ☐		No.	
Correo electrónico		@	
DATOS DE LA INSTALACIÓN			
Dirección de la entidad			
Correo electrónico	Departamento/Distrito		Municipio
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

III. PRÁCTICAS SOLICITADAS

Prácticas que pretende realizar		
Categoría I ☐ Radiología odontológica periapical ☐ Densitometría ósea ☐ Radiografías odontológicas panorámicas y tomografías orales	Categoría II ☐ Radiodiagnóstico de alta complejidad ☐ Radiodiagnóstico de media complejidad ☐ Radiodiagnóstico de baja complejidad	Categoría III ☐ Radioterapia básica ☐ Radioterapia intermedia ☐ Radioterapia avanzada

☐ Otra: _____

IV. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE	
Equipo generador de radiación ionizante 1.	
Tipo de equipo generador de radiación ionizante	
☐ Equipo de RX convencional ☐ Equipo de RX odontológico Periapical ☐ Equipo de RX odontológico Periapical portátil ☐ Equipo de tomografía odontológica (CBCT) ☐ Tomógrafo ☐ Densitómetro Óseo ☐ Otro: _____	☐ Equipo de RX Portátil ☐ Equipo de radiología odontológica panorámica ☐ Equipo de radiología odontológica panorámica con cefalométrico ☐ Fluoroscopio ☐ SPECT-CT ☐ Arco en C ☐ Equipo de radiografía de muestras médicas
☐ Mamógrafo ☐ Litotriptor ☐ Angiógrafo ☐ PET-CT ☐ Acelerador lineal ☐ Sistema de radiocirugía robótica	
Tipo de visualización de la imagen	
☐ Digital ☐ Digitalizado Análogo: ☐ Revelado Automático ☐ Revelado Manual ☐ Monitor Análogo ☐ 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	

Equipo generador de radiación ionizante 2.

Tipo de equipo generador de radiación ionizante ☐ Equipo de RX convencional ☐ Equipo de RX odontológico Periapical ☐ Equipo de RX odontológico Periapical portátil ☐ Equipo de tomografía odontológica (CBCT) ☐ Tomógrafo ☐ Densitómetro Óseo ☐ Otro: _____ ☐ Equipo de RX Portátil ☐ Equipo de radiología odontológica panorámica ☐ Equipo de radiología odontológica panorámica con cefalométrico ☐ Fluoroscopio ☐ SPECT-CT ☐ Arco en C ☐ Equipo de radiografía de muestras médicas ☐ Mamógrafo ☐ Litotriptor ☐ Angiógrafo ☐ PET-CT ☐ Acelerador lineal ☐ Sistema de radiocirugía robótica	
Tipo de visualización de la imagen ☐ Digital ☐ Digitalizado Análogo: ☐ Revelado Automático ☐ Revelado Manual ☐ Monitor Análogo ☐ 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	

(Anexe las tablas que requiera)

V. TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS – TOE
A. OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA/ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐	No.	Lugar de expedición	
Correo electrónico		@	
Profesión			
☐ Técnico profesional ☐ Especialización		☐ Tecnólogo ☐ Maestría ☐ Doctorado	

B. TOE 1

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre



C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐	No.	Lugar de expedición
Profesión		
Nivel académico	☐ Técnico profesional ☐ Especialización	☐ Tecnólogo ☐ Maestría ☐ Profesional ☐ Doctorado
Fecha del último entrenamiento en protección radiológica		
Fecha del próximo entrenamiento en protección radiológica		
Número del registro profesional de salud		

C. TOE 2

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐	No.	Lugar de expedición	
Profesión			
Nivel académico	☐ Técnico profesional ☐ Especialización	☐ Tecnólogo ☐ Maestría	☐ Profesional ☐ Doctorado
Fecha del último entrenamiento en protección radiológica		AAAA/MM/DD	
Fecha del próximo entrenamiento en protección radiológica		AAAA/MM/DD	
Número del registro profesional de salud		AAAA/MM/DD	

(Anexe las tablas que requiera)

D. INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD QUE CUENTE CON EL TALENTO HUMANO Y LA INFRAESTRUCTURA TÉCNICA

La IPS cuenta con el talento humano estipulado en el artículo 6 y 7, numeral 7.1, Si ☐ No ☐, en caso afirmativo diligencie los siguientes datos y adjunte la información correspondiente. Caso contrario continúe con el punto VI.

DIRECTOR TÉCNICO			
DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre completo			
C.C. ☐ C.E ☐ PAS ☐	No.	Lugar de expedición	
Correo electrónico			
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 AAAA/MM/DD	Resolución convalidación título pregrado (Si aplica)		Fecha convalidación pregrado (Si aplica) AAAA/MM/DD
Nivel académico último posgrado ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ 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 AAAA/MM/DD	Resolución convalidación título posgrado (Si aplica)		Fecha convalidación posgrado (Si aplica) AAAA/MM/DD
EQUIPOS U OBJETOS DE PRUEBA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y CONTROL DE CALIDAD			
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 1			
Nombre del equipo		Marca del equipo	
Modelo del equipo		Serie del equipo	
Calibración ☐ Aplica ☐ No Aplica		Vigencia de calibración (Si aplica) ☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante	
Fecha de calibración (Si aplica) AAAA/MM/DD	Manual técnico y ficha técnica ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica		
Usos			

EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 2	
Nombre del equipo	Marca del equipo
Modelo del equipo	Serie del equipo
Calibración ☐ Aplica ☐ No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) ☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante
Fecha de calibración (Si aplica) AAAA/MM/DD	Manual técnico y ficha técnica ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica
Usos	
EQUIPO U OBJETO DE PRUEBA 3	
Nombre del equipo	Marca del equipo
Modelo del equipo	Serie del equipo
Calibración ☐ Aplica ☐ No Aplica	Vigencia de calibración (Si aplica) ☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Otra, definida por el fabricante
Fecha de calibración (Si aplica) AAAA/MM/DD	Manual técnico y ficha técnica ☐ Posee Manual técnico ☐ Posee Ficha técnica
Usos	

VI. PLANO GENERAL DE LA INSTALACIÓN
Adjuntar plano de la instalación, de acuerdo con los artículos 20, 22 o 24. Este puede presentarse en hoja aparte, en físico o digital, según el medio de radicación



NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO DEBIDAMENTE CONSTITUIDO					
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	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 ☐	RENOVACIÓN ☐			
TODAS LAS CATEGORÍAS				
1	Formulario debidamente diligenciado en medio físico o digital	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐

2	Para personas naturales. Fotocopia del documento de identificación	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
3	Para personas naturales. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
4	Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
CATEGORÍA I				
5	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
6	Constancia de asistencia del curso de protección radiológica del encargado de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
7	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
8	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
9	Registros dosimétricos del último período de los trabajadores	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
10	Registro del cumplimiento de los niveles de referencia para diagnóstico	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
11	Plano general de las instalaciones	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
12	Constancia de asistencia a formación en protección radiológica de cada trabajador reportado en el formulario	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
13	Programa de capacitación en protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
14	Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
15	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
16	Programa de Tecnovigilancia	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
17	Programa de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
18	Programa de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
19	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo 1 del artículo 21	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
19.1	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
19.2	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 ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
19.3	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
19.4	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 ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
19.5	Evidencia de trazabilidad metrológica.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
19.6	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
CATEGORÍA II				
5	Copia documento identificación del oficial de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
6	Copia de la constancia de asistencia al curso de protección radiológica del oficial de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
7	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
8	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
9	Registros dosimétricos del último período de los trabajadores. Para alta complejidad, registros del segundo dosímetro	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐

10	Plano general de las instalaciones	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
11	Constancia de asistencia a formación en protección radiológica de cada trabajador reportado en el formulario	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
12	Registro de niveles de referencia	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
13	Descripción de los elementos, sistemas y componentes necesarios en la práctica médica categoría II	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
14	Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
15	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
16	Programa Institucional de Tecnovigilancia	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
17	Programa de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
18.1	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo del artículo 23	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.2	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.3	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 ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.4	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.5	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 ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.6	Evidencia de trazabilidad metrológica.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.7	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
CATEGORÍA III				
5	Copia documento identificación del oficial de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
6	Copia del título de posgrado en física médica del oficial de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
7	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
8	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
9	Registros dosimétricos del último período de los trabajadores.	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
10	Plano general de las instalaciones	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
11	Constancia de asistencia a formación en protección radiológica de cada trabajador reportado en el formulario	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
12	Evaluación del nivel de riesgo del servicio	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
13	Registro de niveles de referencia	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
14	Procedimientos de mantenimiento de conformidad a lo establecido por el fabricante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
15	Para equipos nuevos. Pruebas iniciales de caracterización de los equipos	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
16	Programa Institucional de Tecnovigilancia	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
17	Programa de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
18	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo del artículo 23	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐

18.1	Fotocopia de Diploma de Posgrado del Director Técnico	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.2	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 ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.3	Fotocopia de Diploma de posgrado del (los) profesional(es) que realiza(n) control de calidad	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.4	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 ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.5	Evidencia de trazabilidad metrológica.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
18.6	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐ NA ☐
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD				

VII. CONCEPTO
CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICA MÉDICA
 PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL

☐ Aceptada ☐ Negada

Observaciones: