



Formato 4

Formato de modificación de licencia de prácticas médicas

**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD**

Versión 1

Septiembre de 2025



Formato 4 Versión No. 1

Formato de modificación de licencia de prácticas médicas

MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PRÁCTICAS MÉDICAS
--

SECRETARÍA DE SALUD QUE RECIBE LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA

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

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

II. DATOS DEL TITULAR			
A. PERSONA NATURAL <i>(diligencie en caso de ser persona natural)</i>			
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. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		No.	
Correo electrónico		@	
DATOS DE LA INSTALACIÓN			
Dirección de la entidad			
Correo electrónico		Departamento/Distrito	Municipio
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

MODIFICACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD QUE CUENTE CON EL TALENTO HUMANO Y LA INFRAESTRUCTURA TÉCNICA			
Inclusión de un Director Técnico		<input type="checkbox"/>	
La IPS cuenta con el talento humano estipulado en el artículo 5 y 6, numeral 6.1, Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , en caso afirmativo diligencie los siguientes datos y adjunte la información correspondiente.			
DIRECTOR TÉCNICO			
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		
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>
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 <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	

III. IDENTIFICACIÓN DE LOS ASUNTOS OBJETO DE MODIFICACIÓN.

Datos a modificar:
Datos después de la modificación:

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 ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>				
I.	Cambio de la razón social, cambio de representante legal, tipo societario o cambios de nomenclatura domiciliaria de la instalación, nombre de instalación o sede			
TODAS LAS CATEGORÍAS –				
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"/> No <input type="checkbox"/> NA <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"/> NA <input type="checkbox"/>
4	Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
II. Director Técnico - Infraestructura Técnica				
1	Documentación de soporte del talento humano e infraestructura técnica. En el evento contemplado en el parágrafo 1 del artículo 21	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 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"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
4	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"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
6	Certificaciones laborales para acreditar experiencia mínima del Director Técnico.			
7	Evidencia de trazabilidad metrológica.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
8	Declaraciones de primera parte por cada objeto de prueba reportado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
CATEGORÍA I - Encargado de protección radiológica				
1	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Diploma del nuevo Encargado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Constancia de asistencia del curso de protección radiológica del encargado de protección radiológica			
CATEGORÍA II - Oficial de protección radiológica				



1	Copia documento identificación del oficial de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Diploma del nuevo OPR			
3	Copia de la constancia de asistencia al curso de protección radiológica del oficial de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CATEGORÍA III - Oficial de protección radiológica				
1	Copia documento identificación del oficial de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Copia del título de posgrado en física médica del oficial de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema CR o DR para equipo analógico, o cambio del tubo de rayos X				
1	Informe sobre los resultados del control de calidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <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				

<p>IV. CONCEPTO CONCEPTO SOBRE LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN LICENCIA DE PRÁCTICA MÉDICA PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Negada</p> <p>Observaciones:</p> <hr/>
