



Formato 5

**Formato de solicitud de licencia
de prácticas industriales,
veterinarias o de investigación**

**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD**

Versión 1
Septiembre de 2025



Formato 5 Versión No. 1

Formato de solicitud de licencia de prácticas industriales, veterinarias o de investigación

SOLICITUD DE LICENCIA DE PRÁCTICAS INDUSTRIALES, VETERINARIAS O DE INVESTIGACIÓN

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 TÍTULAR

A. PERSONA NATURAL

Datos básicos de identificación

(diligencie en caso de ser persona natural)

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		Municipio
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión

III. PRÁCTICAS SOLICITADAS

Prácticas que pretende realizar	
Categoría I ☐ Radiografía industrial de baja complejidad	Categoría II ☐ Radiografía industrial de alta complejidad ☐ Radiología veterinaria ☐ Radiología en investigación
☐ Otra: _____	

IV. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE

Equipo generador de radiación ionizante 1.

Tipo de equipo generador de radiación ionizante

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Equipo de Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X | ☐ Espectrómetro de rayos X | ☐ Escáner de pallets y paquetes |
| ☐ Acelerador lineal | ☐ Equipo de Difracción de RX | ☐ Escáner de Carga |
| ☐ Acelerador lineal de uso veterinario | ☐ Equipo de radiología convencional | ☐ Equipo de radiología convencional móvil |
| ☐ Equipo de radiología veterinaria | ☐ <i>Body scanner</i> | |
| ☐ Otro: _____ | | |

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 Fluorescencia de RX, con tubo de Rayos X ☐ Espectrómetro de rayos X ☐ Escáner de pallets y paquetes ☐ Equipo de Difracción de RX ☐ Escáner de Carga ☐ Acelerador lineal ☐ Equipo de radiología convencional ☐ Equipo de radiología convencional móvil ☐ Acelerador lineal de uso veterinario ☐ <i>Body scanner</i> ☐ Equipo de radiología veterinaria ☐ Otro: _____ 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	

V. TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS – TOE
A. 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			
Nivel académico ☐ Técnico profesional ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ 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	☐ Tecnólogo	☐ Profesional
	☐ Especialización	☐ Maestría	☐ 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	☐ Tecnólogo	☐ Profesional
	☐ Especialización	☐ Maestría	☐ 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)

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	Numero 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 ☐
3	Para personas naturales. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐
4	Para personas jurídicas. Debe estar inscrito en cámara y comercio	Si ☐ No ☐ NA ☐		Si ☐ No ☐
CATEGORÍA I				
5	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
6	Copia de la constancia de asistencia formación en protección radiológica del encargado de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
7	Programa de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
8	Estudio ambiental de la instalación	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
9	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
10	Programa de vigilancia pos mercado de los equipos generadores de radiación ionizante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
11	Constancia de asistencia a curso de protección radiológica, de los trabajadores ocupacionalmente expuestos	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
12	Constancia de asistencia a curso sobre el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
13	Para body scanners. Documento donde se informe a las personas de riesgos asociados y registro de diligenciamiento			
14	Para body scanners. Constancia que equipo se ajusta a las normas de la Comisión Electrotécnica Internacional o la Organización Internacional de Normalización o a normas nacionales equivalentes			
CATEGORÍA II				
5	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
6	Copia de la constancia de asistencia formación en protección radiológica del encargado de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
7	Programa de protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
8	Estudio ambiental de la instalación	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
9	Descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
10	Programa de vigilancia postmercado de los equipos generadores de radiación ionizante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
11	Constancia de asistencia a curso de protección radiológica, de los trabajadores ocupacionalmente expuestos	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
12	Constancia de asistencia a curso sobre el manejo de los equipos generadores de radiación ionizante	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
13	Programa de capacitación en protección radiológica	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐



14	Registros dosimétricos del último período de los trabajadores	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
15	Evaluación de emergencias	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL				

VI. CONCEPTO Concepto sobre la solicitud de licencia de práctica industrial veterinaria y de investigación PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL ☐ Aceptada ☐ Negada Observaciones:
