



Formato 6

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

**DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD**

Versión 1
Septiembre de 2025



Formato 6 Versión No. 1

Formato de modificación 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

(diligencie en caso de ser 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 <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	Municipio	
Número celular	Indicativo	Número telefónico fijo	Extensión



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 SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL
1	Copia documento identificación del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
2	Copia del diploma del encargado de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
3	Programa de protección radiológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
4	Estudio ambiental de la instalación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA SOLICITUD Y LOS ANEXOS				
PARA USO ÚNICAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL				



IV. **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:
