

	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: SS-P23-F03
SOLICITUD DE LICENCIAS DE EQUIPOS DE RAYOS X		FECHA: 21/Abr/2017

**GRUPO FUNCIONAL CONTROL AMBIENTAL- PROGRAMA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
RESOLUCIÓN 09031 DE 1990**

FECHA DE SOLICITUD: DIA _____ MES _____ Año _____

REPRESENTANTE LEGAL:	DIRECCIÓN:
RAZÓN SOCIAL:	CIUDAD:
TELÉFONO:	

CLASE DE EQUIPO	No.
EQUIPO RAYOS X ODONTOLÓGICO DE USO PERIAPICAL	
OTRO EQUIPO DE RAYOS X DE USO ODONTOLÓGICO	
EQUIPO DE RAYOS X DE USO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	
OTRO EQUIPO	
CUAL:	

TIPO DE SOLICITUD			
1. EVALUACIÓN EQUIPO RX		2. LICENCIA EQUIPO RX	
3. RENOVACIÓN LICENCIA EQUIPO RX		4. OTRA SOLICITUD	

ESPECIFIQUE: _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL: _____
C.C. N°.

=====

Espacio para ser diligenciado por SESALUB

<p>SE ENCUENTRA EN TRÁMITE A PARTIR DEL DIA _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA FUNCIONARIO</p>

Válido por 30 días a partir de su solicitud para efectos de acreditación de servicios de Salud, ante SESALUB