



SOLICITUD DE LICENCIAS DE EQUIPOS DE RAYOS X

*GRUPO FUNCIONAL CONTROL AMBIENTAL- PROGRAMA PROTECCION RADIOLOGICA
RESOLUCION 09031 DE 1990*

FECHA DE SOLICITUD: DIA _____ MES _____ Año _____

REPRESENTANTE LEGAL:	DIRECCION:
RAZON SOCIAL:	CIUDAD:
	TELEFONO _____

CLASE DE EQUIPO	N°
EQUIPO RAYOS X ODONTOLOGICO DE USO PERIAPICAL	
OTRO EQUIPO DE RAYOS X DE USO ODONTOLOGICO	
EQUIPO DE RAYOS X DE USO DE DIAGNOSTICO MEDICO	
OTRO EQUIPO	
CUAL:	

TIPO DE SOLICITUD			
1. EVALUACION EQUIPO RX		2. LICENCIA EQUIPO RX	
3. RENOVACION LICENCIA EQUIPO RX		4. OTRA SOLICITUD	

ESPECIFIQUE: _____

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

Espacio para ser diligenciado por SESALUB

SE ENCUENTRA EN TRAMITE A PARTIR DEL DIA _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____

FIRMA FUNCIONARIO

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