|  | **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE LICENCIA DE ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE INSTALACIONES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS-X DE DIAGNÓSTICO MÉDICO** |
| --- | --- |
| **REQUISITOS PARA PRIMERA LICENCIA** |
|  |  | ControlInternoDGE |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LEPR/M**  |  |
|  | Fotocopia del documento de identificación personal del solicitante* NACIONAL: Documento Personal de Identificación (DPI), vigente, de ambos lados.
* EXTRANJERO: Pasaporte completo, de pasta a pasta.
 |  |
|  | Grado académico acorde a la práctica para la cual solicita la licencia: PRÁCTICAS TIPO I Y II: * Fotocopia de Título, ambos lados, de estudios universitarios completos en áreas afines a la práctica.

PRÁCTICAS TIPO III:* Fotocopia de Título, ambos lados, de su condición de técnico, con estudios de bachillerato o equivalente.
 |  |
|  | Constancia de colegiado activo (cuando aplique).  |  |
|  | Fotocopia de diploma o constancia, de aprobación de Curso de Protección y Seguridad Radiológica, reconocido por esta Dirección. |  |
|  | Acreditar que se cuenta con la capacidad y experiencia en la práctica. (Práctica Tipo I: 1 año; Práctica Tipo II: 6 meses; Práctica Tipo III: conocimiento en el manejo del equipo). |  |
|  | Pago de la Licencia de Encargado de Protección Radiológica, según Arancel de la Dirección General de Energía, Acuerdo Ministerial 208-2016 y Ac. Min. 230-2018 (Artículo 30 Decreto Ley 11-86). |  |
| **REQUISITOS PARA RENOVACIÓN** |
|  | **Aplica para ingreso de la solicitud tres (3) meses antes del vencimiento de la Licencia****Artículo 43, Reglamento de Seguridad y Protección Radiológica, Acuerdo Gubernativo 55-2001** | ControlInternoDGE |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LEPR/M**  |  |
|  | Constancia de colegiado activo (cuando aplique).  |  |
|  | Constancia de aprobación de Curso de Actualización en Protección Radiológica, reconocido por esta Dirección. |  |
|  | HISTORIAL DOSIMÉTRICO \**Véase las directrices para realizar y presentar el historial dosimétrico del instructivo.* |  |
|  | Pago de la Licencia de Encargado de Protección Radiológica, según Arancel de la Dirección General de Energía, Acuerdo Ministerial 208-2016 y Ac. Min. 230-2018 (Artículo 30 Decreto Ley 11-86). |  |

**INSTRUCTIVO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO DISPONIBLE EN:**

[www.mem.gob.gt](http://www.mem.gob.gt) → Inicio → Qué hacemos → Área Energética → Seguridad y Protección Radiológica → Información Técnica → Instructivos

| 24 calle 21-21, zona 12, Guatemala, Guatemala.Tel: (+502) 24196363www.mem.gob.gt | DIRECCIÓN GENERAL DE ENERGÍA, MINISTERIO DE ENERGÍA Y MINAS |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA DE ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE INSTALACIONES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS-X DE DIAGNÓSTICO MÉDICO** | **DPSR-FORM-LEPR/M** |
| **Señor(a) Director(a) General de Energía:**     Atentamente, solicito Licencia de Encargado de Protección Radiológica de Instalaciones que utilizan Equipos de Rayos X de Diagnóstico Médico, de conformidad con la siguiente información: |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE**
 |
| **1.1. Nombre completo (Incluyendo detalles, como por ejemplo tildes, tal y como aparece en el DPI o pasaporte):**      | Colocarfotografía |
| **1.2. Género:**[ ] Femenino | [ ] Masculino | **1.3. Estado civil:**[ ] Soltero(a) | [ ] Casado(a) | **1.4. Edad:**      |
| **1.5. Nacionalidad:**      | **1.6. DPI o pasaporte (extranjero):**      |
| **1.7. Profesión u oficio:**      | **1.8. Colegiado activo:**       | **1.9. NIT:**      |
| **1.10. Domicilio:**      |
| **1.11. Lugar para recibir notificaciones y/o citaciones (dentro del perímetro de la Ciudad de Guatemala):**      |
| **1.12. Teléfonos:**      | **1.13. Correo electrónico:**      |
| **1.14. No. de Expediente (aplica para renovación):**      | **1.15. No. Licencia / Fecha de Vencimiento:**      /       |
| 1. **CONSTANCIA DE CAPACIDAD Y EXPERIENCIA (Práctica Tipo I: 1 año; Práctica Tipo II: 6 meses; Práctica Tipo III: conocimiento en el manejo del equipo)**
 |
| **2.1. Entidad:**       | **2.2. Teléfono:**      | **2.3 Correo Electrónico:**      |
| 1. **PRÁCTICA**
 |
| **TIPO II** | [ ]  RAYOS X DE USO DIAGNÓSTICO MÉDICO |
| 1. **FIRMA**
 |
| Según lo establecido en el Artículo 3, numeral 5 del Decreto Número 5-2021 Ley para la simplificación de requisitos y trámites administrativos, se hace la indicación que “…salvo prueba en contrario los documentos y declaraciones presentadas por los usuarios, en el marco de un trámite administrativo, se presumirán auténticos, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales que se puedan generar por falta de veracidad en lo declarado, presentado o informado.”Lugar y fecha:      (f) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Solicitante |

**IMPORTANTE:**

**DOS (2) FOTOGRAFÍAS RECIENTES TAMAÑO CÉDULA A COLOR PARA LA EMISIÓN DEL CARNÉ DE LICENCIA.**