|  | | **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERADOR DE EQUIPOS DE RAYOS-X DE DIAGNÓSTICO MÉDICO, INTERVENCIONISMO** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS PARA PRIMERA LICENCIA** | | | |
|  |  | | Control  Interno  DGE |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LOR/M-I** | |  |
|  | 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:   * UNIVERSITARIO: fotocopia de título (ambos lados) * NIVEL TÉCNICO: fotocopia de título o diploma (ambos lados) de técnico en carrera afín, reconocido por el Ministerio de Educación y/o Ministerio de Salud. | |  |
|  | Constancia de colegiado activo (cuando aplique). | |  |
|  | Fotocopia de diploma o constancia, de aprobación de Curso Básico de Protección Radiológica específico para la práctica, reconocido por esta Dirección. | |  |
|  | Certificado médico donde se indique que el interesado goza de buena salud para desarrollar la práctica solicitada. El certificado debe presentarse firmado, sellado y timbrado por el Médico competente, con fecha no mayor a seis (6) meses de su emisión. | |  |
|  | Pago de la Licencia de Operador, de acuerdo a la práctica, 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** | | Control  Interno  DGE |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR FORM-LOR/M-I** | |  |
|  | Constancia de colegiado activo (cuando aplique). | |  |
|  | Fotocopia del diploma o constancia de aprobación del Curso de Actualización de Protección Radiológica, específico para la práctica, reconocido por esta Dirección. | |  |
|  | Original de HISTORIAL DOSIMÉTRICO.  \**Véase las directrices para realizar y presentar el historial dosimétrico del instructivo.* | |  |
|  | Pago de la Licencia de Operador, de acuerdo a la práctica, 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) 24196363  www.mem.gob.gt | DIRECCIÓN GENERAL DE ENERGÍA, MINISTERIO DE ENERGÍA Y MINAS | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERADOR DE EQUIPOS DE RAYOS-X DE DIAGNÓSTICO MÉDICO, INTERVENCIONISMO** | | | | | | | **DPSR-FORM-LOR/M-I** |
| **Señor(a) Director(a) General de Energía:**    Atentamente, solicito Licencia de Operador de equipos de Rayos X de Diagnóstico Médico, de conformidad con la siguiente información: | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | |
| **1.1. Nombre completo (Incluyendo detalles como tildes, tal y como aparece en el DPI o pasaporte):** | | | | | | | Colocar  fotografía | |
| **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. Expediente (Aplica para renovación):** | | | | | **1.15. No. Licencia / Fecha de Vencimiento:**        / | | | |
| 1. **PRÁCTICA** | | | | | | | | |
| **TIPO II** | | | RAYOS X DE USO DIAGNÓSTICO MÉDICO, INTERVENCIONISMO | | | | | |
| 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.**