|  | | **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN DE INSTALACIONES RADIACTIVAS** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS PARA LICENCIA** | | | |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LCON** | |  |
|  | Fotocopia del documento de identificación personal del solicitante:   1. NACIONAL: Documento Personal de Identificación, (DPI), vigente, de ambos lados. 2. EXTRANJERO: Pasaporte completo, pasta a pasta. | |  |
|  | PERSONA O EMPRESA INDIVIDUAL   * 1. Fotocopia de Patente de Empresa (cuando proceda)   PERSONA JURÍDICA   1. Fotocopia del documento de constitución de la entidad, razonado por el registro correspondiente donde se haga constar su inscripción definitiva. (para el caso de Sector Público presentar documento del Acta de Constitución de la institución). 2. Fotocopia del documento con que se acredite la calidad con que actúa el Representante Legal (para el caso de Sector Público presentar documento donde consta el nombramiento y el acta de toma de posesión). 3. Fotocopia de Patente de Comercio de Empresa y de Sociedad (cuando corresponda) | |  |
|  | Copia del Estudio de Evaluación de Impacto Ambiental aprobado por el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales. | |  |
|  | Informe preliminar de seguridad radiológica, que contenga como mínimo:   1. Planos de la Instalación que incluyan detalles de calidad y espesores de los pisos y paredes 2. Sistemas de ventilación 3. Sistemas de seguridad radiológica 4. Sistemas de seguridad física | |  |
|  | Plan de utilización de los equipos generadores o fuentes de radiación ionizante | |  |
|  | Memoria analítica, con todos los detalles y bases de diseño respecto a la selección de los materiales y espesores empleados para cumplir con los límites de dosis. | |  |
|  | Documento que incluya el programa de garantía de calidad sobre el proceso de construcción. | |  |
|  | Informe que incluya las características técnicas completas de cada uno de los equipos generadores o fuentes de radiación ionizante que se usarán en las prácticas, así como una fotocopia del registro del equipo, que cumpla con las normas de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA), Comisión Electrotécnica Internacional (CEI) u otro ente reconocido por la DGE. | |  |
|  | Pago de la Licencia de Construcción, según Arancel de la Dirección General de Energía, Acuerdo Ministerial 208-2016 y Acuerdo Ministerial 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 CONSTRUCCIÓN DE INSTALACIONES RADIACTIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | | **DPSR-FORM-LCON** |
| **Señor (a) Director (a) General de Energía:**    Atentamente, solicito Licencia de Construcción de Instalaciones Radiactivas, de conformidad con la siguiente información: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE (Representante Legal, Mandatario o Propietario)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1. Nombre completo (Incluyendo detalles, como por ejemplo tildes, tal y como aparece en el DPI o pasaporte):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.2. Género:**  Femenino |  Masculino | | | | | **1.3. Estado civil:**  Soltero(a) |  Casado(a) | | | | | | | **1.4. Edad:** | | | | | **1.5. NIT:** | |
| **1.6. Nacionalidad:** | | | | | **1.7. DPI o pasaporte (extranjero):** | | | | | | | **1.8. Profesión u oficio:** | | | | | | |
| **1.9. Actúo como:**  Persona individual |  Persona jurídica |  Sector público | | | | | | | | | | **1.10. Calidad con que actúa:** | | | | | | | | |
| **1.11. Domicilio:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.12. Lugar para recibir notificaciones y/o citaciones (dentro del perímetro de la Ciudad de Guatemala)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.13. Teléfonos:** | | | | | | | | **1.14. Correo electrónico:** | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DE LA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1. Nombre, razón o denominación social (como se indica en la Patente de Comercio de Sociedad o documento que acredite su creación o constitución):** | | | | | | | | | | | | | | | **2.2. NIT:** | | | |
| **2.3. Dirección de sede social (como se indica en la Patente de Comercio de Sociedad):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4. Dirección de la institución pública o privada:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DE LA EMPRESA MERCANTIL INDIVIDUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1. Nombre del establecimiento mercantil (como se indica en la Patente de Comercio de Empresa):** | | | | | | | | | | | | | | | **3.2. NIT:** | | | |
| **3.3. Dirección del establecimiento (como se indica en la Patente de Comercio de Empresa):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DIRECCIÓN EN DONDE SE ENCONTRARÁN LOS EQUIPOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(En el caso de sociedades o empresas mercantiles individuales, como se indica en la Patente de Comercio de Empresa):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfonos:** | | | | | | | | **Correo electrónico:** | | | | | | | | | | |
| 1. **PRÁCTICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO I** | | | | | IRRADIADORES, EN LOS QUE LA FUENTE SALE DE SU BLINDAJE | | | | | | | | | | | | | |
| TELETERAPIA | | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA FIJA CON HACES MÚLTIPLES (“GAMMA-KNIFE”) | | | | | | | | | | | | | |
| BRAQUITERAPIA | | | | | | | | | | | | | |
| ACELERADORES LINEALES DE USO MÉDICO | | | | | | | | | | | | | |
| PRODUCCIÓN DE RADIOISÓTOPOS (CICLOTRÓN) | | | | | | | | | | | | | |
| INSTALACIONES PARA GESTIÓN DE DESECHOS | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO (especificar): | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERSONAL DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.1. Nombre del Encargado de Protección Radiológica (EPR):** | | | | | | | | | | | | **6.2. No. de Licencia:** | | | | | | |
| **6.4. Nombre del Encargado de Seguridad Física (ESF) (Aplica para fuentes o material radiactivo)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN TÉCNICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **MATERIAL RADIACTIVO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Radioisótopo** | | | **Modelo** | | | **Serie** | | | **Actividad**  **[Bq]** | | | | | **Actividad estimada [dd/mm/año]** | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| **Seleccione** | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| * 1. **EQUIPO CONTENEDOR DEL MATERIAL RADIACTIVO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marca** | | | | **Modelo** | | | **Serie** | | | | | | **Capacidad máxima [Bq]** | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| * 1. **EQUIPOS GENERADORES/COLISIONADORES DE PARTÍCULAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marca** | **Modelo** | | | | **Serie** | | **Energía máxima**  **[MeV]** | | | | **Tipo de Partícula producto / colisión** | | | | | **Radionucleido producto** | | |
|  |  | | | |  | |  | | | | Seleccionar | | | | | Seleccionar | | |
|  |  | | | |  | |  | | | | Seleccionar | | | | | Seleccionar | | |
|  |  | | | |  | |  | | | | Seleccionar | | | | | Seleccionar | | |
|  |  | | | |  | |  | | | | Seleccionar | | | | | Seleccionar | | |
|  |  | | | |  | |  | | | | Seleccionar | | | | | Seleccionar | | |
| 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Representante Legal, Propietario de Empresa Mercantil o Persona Individual | | | | | | | | | | | | | | | | | | |