|  | | **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE LICENCIA DE ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE INSTALACIONES DE RADIOTERAPIA** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS PARA PRIMERA LICENCIA** | | | |
|  |  | | Control  Interno  DGE |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LEPR/R** | |  |
|  | 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** | | Control  Interno  DGE |
|  | Formulario de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LEPR/R** | |  |
|  | 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) 24196363  www.mem.gob.gt | DIRECCIÓN GENERAL DE ENERGÍA, MINISTERIO DE ENERGÍA Y MINAS | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA DE ENCARGADO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE INSTALACIONES DE RADIOTERAPIA** | | | | **DPSR-FORM-LEPR/R** |
| **Señor(a) Director(a) General de Energía:**    Atentamente, solicito Licencia de Encargado de Protección Radiológica de Instalaciones de Radioterapia, 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):** | | | | 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. de Expediente (aplica para renovación):** | | | **1.15. No. Licencia / Fecha de Vencimiento:**        / | | |
| 1. **PRÁCTICA** | | | | | |
| **TIPO I** | | TELETERAPIA CON 60CO Y EQUIPO ACCESORIO PARA SIMULACIÓN DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA | | | |
| ACELERADORES LINEALES DE USO MÉDICO Y EQUIPO ACCESORIO PARA SIMULACIÓN DE TRATAMIENTOS | | | |
| TERAPIA FIJA CON HACES MÚLTIPLES (“GAMMA-KNIFE”) Y EQUIPO ACCESORIO PARA SIMULACIÓN DE TRATAMIENTOS | | | |
| BRAQUITERAPIA | | | |
| **TIPO II** | | TERAPIA CON RAYOS-X, CON ENERGÍA MAYOR DE 200 keV | | | |
| **TIPO III** | | APLICADORES OFTÁLMICOS | | | |
| 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.**