



**SOLICITUD DE CARNE DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA
RESOLUCIÓN 9031 DEL 12 DE JULIO DE 1990**

CIUDAD: _____	FECHA DIA/ MES / AÑO / _____/_____/_____	Nº DE RADICACIÓN:
---------------	--	-------------------

NOMBRES Y APELLIDOS: _____	C.C Nº _____ EXPEDIDA EN _____	OCUPACION: _____
-------------------------------	--------------------------------------	---------------------

DIRECCION RESIDENCIA _____	CIUDAD _____	TELEFONO _____
-------------------------------	-----------------	-------------------

NIVEL DE ESCOLARIDAD: PROFESIONAL: <input type="checkbox"/> BACHILLER: <input type="checkbox"/> TÉCNICO: <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO: <input type="checkbox"/>
--

EMPRESA DONDE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: _____	DIRECCION _____	CIUDAD _____	TELEFONO OFICINA FAX _____
--	--------------------	-----------------	-------------------------------

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO SOBRE PROTECCIÓN RADIOLOGICA

FECHA DE REALIZACIÓN CURSO SOBRE PROTECCIÓN RADIOLOGICA	INTENSIDAD HORARIA	ENTIDAD QUE OTORGO EL CERTIFICADO

REQUISITOS

(Decreto 9031 DE 1990 Art 11, 12 y 13)

- DILIGENCIAR FORMULARIO SOLICITUD DEL CARNE DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA
- **CATEGORÍA 1** : FOTOCOPIA DEL DIPLOMA QUE LO ACREDITE COMO PROFESIONAL, FOTOCOPIA DEL CURSO SOBRE PROTECCIÓN RADIOLOGICA CON INTENSIDAD MINIMA DE 30 HORAS
- **CATEGORÍA 2**: FOTOCOPIA DIPLOMA DE BACHILLER, CERTIFICADO SOBRE CURSO DE PROTECCION RADIOLOGICA CON UNA INTENSIDAD MINIMA DE 20 HORAS
- **CATEGORÍA 3**: CERTIFICADO DE ASISTENCIA A UN CURSO SOBRE PROTECCIÓN RADIOLOGICA CON UNA INTENSIDAD MINIMA DE 20 HORAS
- CONSIGNACIÓN DE 5 (SDMLV) SALARIOS MINIMOS DIARIOS LEGALES VIGENTES EN LA CUENTA DE AHORROS N° 39083324-2 DENOMINADA DEPARTAMENTO DE BOYACA/SECRETARIA DE SALUD/SALUD PUBLICA Banco OCCIDENTE –Calle 18 No.1 0-54

NOTA: UNICAMENTE SE ACEPTAN CERTIFICADOS DE CURSOS APROBADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD O LA DIRECCIÓN DE SALUD CORRESPONDIENTE (Resolución 09031, Art 13 Parágrafo).