|  |  |
| --- | --- |
|  | **INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR LICENCIA DE OPERACIÓN DE INSTALACIONES RADIACTIVAS QUE TRABAJAN CON FUENTES NO SELLADAS – PRÁCTICAS TIPO II** |
| Para solicitar licencia se debe cumplir con las directrices que se presentan a continuación:   1. Toda solicitud o gestión debe ser dirigida al(a) Director(a) General de Energía. 2. La documentación requerida en fotocopia debe ser LEGIBLE. 3. El nombre del solicitante en el formulario debe ser igual al que aparece en el DPI, incluyendo detalles, como por ejemplo tildes. 4. El costo de la licencia debe verificarse en el arancel vigente de la Dirección General de Energía, la forma de pago es en EFECTIVO (QUETZALES) o con cheque de caja a nombre del BANCO DE GUATEMALA (previa consulta con la Caja de Cobro de la Dirección General de Energía). 5. La orden de pago para solicitud de licencia deberá requerirla en el Depto. de Protección y Seguridad Radiológica de la DGE y efectuar el pago en Caja, ubicada en el edificio de la DGE. Presentar No. de NIT para la emisión de la orden de pago, cuyo monto se establecerá conforme el tipo de cambio del día. 6. El expediente de solicitud se recibe en la Ventanilla del Depto. de Gestión Legal de la DGE, en folder con gancho, ordenado y foliado hoja por hoja, en el orden descrito en el presente instructivo, el cual también debe incluirse foliado al inicio del expediente. El ingreso del expediente no implica la aprobación de la licencia requerida. 7. Para PRIMERA LICENCIA, toda documentación requerida en FOTOCOPIA debe presentarse legalizada por notario colegiado activo, en una sola legalización para toda la documentación o por cada documento. 8. La DGE podrá requerir otra documentación que considere necesaria. 9. Es responsabilidad de toda persona individual o jurídica que pretenda efectuar prácticas que involucren fuentes de radiación o equipos generadores de radiación ionizante, solicitar a la DGE otorgamiento de licencia respectiva a la práctica. Ac. Gub. 55-2001 Art.12.   **Información adicional**   1. Vigencia de la licencia: de conformidad con el Artículo 42 del Reglamento de Seguridad y Protección Radiológica, la Licencia de Operación tendrá una vigencia de cinco (5) años, la cual se indicará en la resolución. La Licencia que podrá renovarse siempre y cuando se haga previa solicitud que deberá de presentarse a la Dirección General de Energía (DGE), cumpliendo los requisitos del Artículo 39 del Reglamento de Seguridad y Protección Radiológica, por lo menos con tres (3) meses de anticipación a la finalización de la vigencia; en caso contrario, debe presentarse los requisitos solicitados para primera licencia. 2. Capacitación: el Titular de Licencia (propietario o representante legal de la instalación) debe capacitar a su personal, a través del Encargado de Protección Radiológica (EPR) quien debe elaborar, supervisar y participar en los programas de entrenamiento inicial y anual de los trabajadores, así como organizar programas de entrenamiento y para que dichas capacitaciones sean reconocidas por la DGE como cursos básicos o de actualización para su Personal Ocupacionalmente Expuesto, cada vez que se desee impartir un curso, el Titular de Licencia debe presentar previamente el contenido o programa del curso, nombre de los instructores y demostrar su capacidad individual o conocimientos sobre el tema, fecha de ejecución, horario y demás condiciones inherentes a los mismos establecidas por la DGE en la GUÍA PARA CURSOS. Fundamento Legal: Artículos 26, 40 y 68 literal “d” del Decreto Ley 11-86; y en el Artículo 191 del Reglamento de Seguridad y Protección Radiológica Ac. Gub. 55-2001, y Resolución 42-2003. 3. El incumplimiento de cualquier requisito que la DGE considere necesario para la autorización de la licencia, conllevará a la no autorización de la misma. 4. El único Departamento autorizado por la DGE, para proporcionar información sobre el estado de un expediente en trámite, es el Departamento de Gestión Legal. | |

|  | | **LISTA DE VERIFICACIÓN** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS PARA PRIMERA LICENCIA** | | | | | | |
|  |  | | | | | Control  Interno  DGE |
|  | Formulario original de solicitud de licencia (con firma legalizada), **Formulario DPSR-FORM-LON/FNS-II** (seguido de este instructivo). | | | | |  |
|  | Fotocopia del documento de identificación personal del solicitante:   1. NACIONAL: Documento Personal de Identificación -DPI- (ambos lados) 2. EXTRANJERO: pasaporte completo | | | | |  |
|  | PERSONA O EMPRESA INDIVIDUAL   * 1. Fotocopia de Registro Tributario Unificado (RTU)   2. Fotocopia de Patente de Comercio 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. 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 Sociedad (cuando corresponda) 4. Fotocopia Registro Tributario Unificado (RTU) | | | | |  |
|  | Archivo de seguridad radiológica de la práctica solicitada acorde a lo establecido en la sección de Información Técnica de la página web del Ministerio de Energía y Minas: [www.mem.gob.gt](http://www.mem.gob.gt)  => Energía =>Protección y Seguridad Radiológica => Información Técnica o accesando al link:  <http://www.mem.gob.gt/wp-content/uploads/2018/05/ARCHIVO-DE-SEGURIDAD-RADIOLÓGICA-DE-LA-INSTALACIÓN-Fuentes-No-Selladas.pdf> | | | | |  |
|  | Plan de seguridad física de la instalación acorde a lo establecido en la sección de Información Técnica de la página web del Ministerio de Energía y Minas: [www.mem.gob.gt](http://www.mem.gob.gt) => Energía =>Protección y Seguridad Radiológica => Información Técnica o accesando al link: <http://www.mem.gob.gt/energia/proteccion-y-seguridad-radiologica/informacion-tecnica/> | | | | |  |
|  | Plan de emergencias radiológicas acorde a lo establecido en la sección de Información Técnica de la página web del Ministerio de Energía y Minas: [www.mem.gob.gt](http://www.mem.gob.gt) => Energía =>Protección y Seguridad Radiológica => Información Técnica o accesando al link: <http://www.mem.gob.gt/energia/proteccion-y-seguridad-radiologica/informacion-tecnica/> | | | | |  |
|  | Carta emitida por el solicitante, en donde se indica el nombre del médico especialista en medicina nuclear (aplica para medicina nuclear) | | | | |  |
|  | Carta de designación del Encargado de Protección Radiológica (EPR) de la instalación, emitida por el solicitante. | | | | |  |
|  | Carta de aceptación de la persona que fungirá como EPR de la instalación. | | | | |  |
|  | Carta de designación del Encargado de Seguridad Física (ESF) de la instalación, emitida por el solicitante. | | | | |  |
|  | Carta de aceptación de la persona que fungirá como ESF de la instalación. | | | | |  |
|  | Fotocopia de la Licencia del EPR vigente, específica para la práctica para la cual solicita la licencia. | | | | |  |
|  | Fotocopia de la Licencias personales vigentes de los trabajadores de la instalación que requieren licencia, según lo establecido por la DGE. | | | | |  |
|  | Fotocopia simple de recibo de pago de la licencia. | | | | |  |
| **REQUISITOS PARA RENOVACIÓN** | | | | | | |
|  |  | | | | | Control  Interno  DGE |
|  | Formulario original de solicitud de licencia, **Formulario DPSR-FORM-LON/FNS** (seguido de este instructivo). | | | | |  |
|  | En caso de cambio de denominación social y/o Representante Legal, presentar lo siguiente:   1. NACIONAL: Documento Personal de Identificación -DPI- (ambos lados) 2. EXTRANJERO: Pasaporte Completo 3. Fotocopia del documento de modificación | | | | |  |
|  | Fotocopia de la Licencia de Operación vigente.  \**Véase numeral 1, Información Adicional de este instructivo.* | | | | |  |
|  | Fotocopia de la Licencia del EPR vigente, específica para la práctica. | | | | |  |
|  | Fotocopia de las Licencias personales vigentes de los trabajadores de la instalación. | | | | |  |
|  | Archivo de seguridad radiológica de la instalación actualizado. | | | | |  |
|  | Plan de seguridad física de la instalación actualizado. | | | | |  |
|  | Plan de emergencias radiológicas actualizado. | | | | |  |
|  | Fotocopia simple de recibo de pago de la licencia. | | | | |  |
|  | | | | | | |
| **Control interno DGE** | | | **Revisado por:** | **Firma:** | **Fecha:** | |

| 24 calle 21-21, zona 12, Guatemala, Guatemala.  Tel: (+502) 24196363  FAX: (+502) 24196310  www.mem.gob.gt | | | **DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD RADIOLÓGICA**  DIRECCIÓN GENERAL DE ENERGÍA, MINISTERIO DE ENERGÍA Y MINAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN DE INSTALACIONES QUE TRABAJAN CON FUENTES NO SELLADAS, PRÁCTICA TIPO II** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DPSR-FORM-LON/FNS-II** | | |
| **Señor(a) Director(a):**    Atentamente, solicito Licencia de Operación de Instalaciones que trabajan con Fuentes No Selladas, de conformidad con la siguiente información: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE (Representante Legal, Mandatario o Propietario)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1. Nombre completo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1. Nombre, razón o denominación social (como se indica en la Patente):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2.2. NIT:** | | | | |
| **2.3. Dirección de sede social:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4. Nombre de la empresa (como se indica en la Patente de Comercio de la empresa):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.5. Dirección de la empresa (como se indica en la Patente de Comercio de la empresa):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.6. Dirección en donde se encuentran los equipos (como se indica en la Patente de la empresa):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.7. Teléfonos:** | | | | | | | | | | | | **2.8. Correo electrónico:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PRÁCTICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO II** | | | | | | | MANEJO DE FUENTES NO SELLADAS, MEDICINA NUCLEAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| USO DE FUENTES NO SELADAS EN INVESTIGACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIOTRAZADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO (especificar):      | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERSONAL DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1. Nombre del Encargado de Protección Radiológica – EPR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | **4.2. No. de Licencia:** | | | | | | | | | | |
| **4.3. Nombre del Regente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.4. Nombre del Encargado de Seguridad Física – ESF:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.5. Trabajadores ocupacionalmente expuestos (TOE)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre completo:** | | | | | | | | | | | | | **No. de Licencia:** | | | | | | | | | **Código de dosimetría:** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN TÉCNICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **EQUIPOS PET/CT/MRI, SPECT/CT, GAMMACÁMARAS, ACTIVÍMETRO U OTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marca** | | | | | **Modelo** | | | | | | | **Serie** | | | | | | | | | **Aplicación** | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | Seleccionar | | | | | | |
| * 1. **FUENTES DE CALIBRACIÓN (Adjuntar certificado de calibración)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Radionucleido** | | **Marca / fabricante** | | | | **Modelo** | | | | **Serie** | | | | **Actividad**  **[Bq]** | | | | **Fecha de la Actividad** | | | | | | | | **Fecha de calibración** | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| Seleccione | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Cambiar fecha | | | | | | | | Cambiar fecha | |
| * 1. **MATERIAL RADIACTIVO – DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO U OTROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Radionucleido** | **Marca / Fabricante** | | | | **Modelo** | | | **Serie** | | | **Actividad**  **[Bq]** | | | | | **Fecha de la Actividad** | | | | **Forma Física** | | | | | | | **Aplicación** |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| Seleccione |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | Cambiar fecha | | | | Seleccione | | | | | | | Seleccionar |
| * 1. **EQUIPO CONTENEDOR DEL MATERIAL RADIACTIVO (Si aplica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marca** | | | | | **Modelo** | | | | | | **Serie** | | | | | | | | **Capacidad máxima [Bq]** | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| * 1. **SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y DOSIMETRÍA (Si aplica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marca** | | | | | **Modelo** | | | | | | **Serie** | | | | | | | | | **Aplicación** | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| * 1. **EQUIPO DETECTOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marca** | | | | **Modelo** | | | | | **Serie** | | | | | | **Tipo de detector** | | | | | | | | **Fecha de última calibración** | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | Seleccionar | | | | | | | | Cambiar fecha | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | Seleccionar | | | | | | | | Cambiar fecha | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | Seleccionar | | | | | | | | Cambiar fecha | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | Seleccionar | | | | | | | | Cambiar fecha | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | Seleccionar | | | | | | | | Cambiar fecha | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | Seleccionar | | | | | | | | Cambiar fecha | | | | |
| 1. **ACCESORIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Gabacha** | | | | **Collarines** | | | **Protectores gonadales** | | | **Lentes** | | | | | **Guantes** | | | | **Pinzas** | | | | | | | **Otros** |
| **Cantidad** | Seleccione | | | | Seleccione | | | Seleccione | | | Seleccione | | | | | Seleccione | | | | Seleccione | | | | | | |  |
| **Equivalente en Plomo** |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  |
| 1. **SERVICIO DE DOSIMETRÍA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.1. Nombre de la empresa prestadora del servicio:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.2. Especifique el tipo de dosímetros que utiliza:**  TLD |  OSL | Otro (especificar): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **MANTENIMIENTO DEL EQUIPO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.1. Nombre de la empresa prestadora del servicio:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.2. Frecuencia con que se realiza el mantenimiento preventivo de equipos (adjuntar copia de último informe):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **CONTROL DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.1. Nombre de la empresa que brinda el servicio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.2. Frecuencia con que se realiza el control de calidad a los equipos (adjuntar copia de último informe):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **FIRMA Y LEGALIZACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Señalo que toda la información consignada en el presente formulario es fiel y correcta y que los datos proporcionados eximen a la DGE para prejuzgar sobre la validez y autenticidad de los mismos, la que queda bajo mi estricta responsabilidad estando enterado de los alcances legales de la presente declaración. Así mismo acepto que en caso la documentación presentada no cumpla con los requisitos previstos, me comprometo a subsanar los errores u omisiones que hubiese, en un plazo máximo de diez días hábiles, contados a partir de la notificación del mismo, en caso contrario la presente solicitud quedará sin ningún efecto ni valor legal.  A la información que se presenta debe dársele carácter de:  Pública |  Confidencial  Lugar y fecha:  (f) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Representante Legal o Propietario  Acta de Legalización de firma  Auténtica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |