



Ministerio
de Electricidad
y Energía Renovables

Cuenca, 24 de Octubre de 2017

Ciudad, Fecha

Abogado

Rodrigo Salas

SUBSECRETARIO DE CONTROL Y APLICACIONES NUCLEARES

Quito.

De mi consideración:

Por medio del presente, Yo, Abad Ppungo Clara Patricia
solicito de la manera más comedida se dé el trámite correspondiente a la documentación que
adjunto con la finalidad dar cumplimiento a lo solicitado previo la concesión de:

LICENCIA INSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/> RAZÓN SOCIAL: _____
LICENCIA PERSONAL	<input checked="" type="checkbox"/> _____
LICENCIA DE IMPORTACIÓN	<input type="checkbox"/> RAZÓN SOCIAL: _____
AUTORIZACIÓN DE O.S.R.	<input type="checkbox"/> _____
AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN	<input type="checkbox"/> _____
SERVICIO DE DOSIMETRÍA	<input type="checkbox"/> _____
APROBACIÓN-CÁLCULO BLINDAJE	<input type="checkbox"/> _____
EVALUACION DOSIMÉTRICA	<input type="checkbox"/> _____
MONITOREO RADIOLOGICO	<input type="checkbox"/> _____
REEXPORTACION DE FUENTES	<input type="checkbox"/> _____
MONITOREO DE TASA DE DOSIS	<input type="checkbox"/> _____
CURSO DE PROTECCION RADIOLOGICA	<input type="checkbox"/> _____
PRUEBAS DE FUGA Y CONTAMINACION	<input type="checkbox"/> _____
INSPECCION DE SEGURIDAD RADIOLOGICA	<input type="checkbox"/> _____
CALIBRACION DE DETECTORES DE RADIACION	<input type="checkbox"/> _____
AUTORIZACION DE MOVILIZACION DE FUENTES RADIATIVAS	<input type="checkbox"/> _____
OTROS	<input type="checkbox"/> _____

Atentamente,

Firma

F.V.

C.I./RUC. 030224399-3

CORREO ELECTRÓNICO: patita2435@hotmail.com

PUESTO/CARGO: Licenciada en Imagenología

INSTITUCIÓN: Hospital José Carrasco Piteaga

TELÉFONO: 0999950539

Recibido
06/11/2017

Se adjunta: Documentos de respaldo

"El correo electrónico que usted proporcione servirá para remitir todas las comunicaciones respecto a su trámite, ya que no se enviará información física, la única información física que se entregará al usuario en las oficinas del MEER será cuando se trate de licencias, reportes dosimétricos, de laboratorio y certificados de calibración".



Ministerio
de Electricidad
y Energía Renovable

FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA PERSONAL
SUBSECRETARIA DE CONTROL Y APLICACIONES NUCLEARES -SCAN
DIRECCIÓN DE LICENCIAMIENTO Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Importante:

- 1.- Lea las indicaciones en la hoja adjunta antes de llenar la presente solicitud.
- 2.- Únicamente se receptorá solicitudes con todos los datos y documentación completa.
- 3.- Tres meses antes de caducar la licencia, iniciar el trámite para su renovación.

Licencia N° C-0996

1.- DATOS PERSONALES

Apellidos:	Abad Apuango												
Nombres:	Clara Patricia												
Cédula (Pasaporte):	0	3	0	2	2	4	3	9	9	3	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>
Provincia:	Away										Ciudad:	Cuenca	
Dirección:	Pumapungo												
Teléfono:	0999950539										Fax:		
E-mail:	patita2435@hotmail.com												



2.- INSTITUCIÓN DE TRABAJO

Nombre o Razón Social (Como indica en el RUC): Hospital José Carrasco Arteaga		
Tipo:	Estatel <input checked="" type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>
Provincia:	Away	Ciudad: Cuenca
Dirección:	Av. José Carrasco Arteaga	Teléfono: 861500
Departamento de Trabajo:		e-mail:
Imagenología		
Horas de Trabajo por semana 40		
Otra Institución:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre o razón social:
Horas de Trabajo por semana en la otra institución:		
Teléfono:		e-mail:

3.- FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

3.1.- ESTUDIOS PROFESIONALES

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TÍTULO OBTENIDO	CIUDAD	PAÍS
Universidad Católica de Cuenca	Psicología Clínica	Cuenca	Ecuador
Universidad de Cuenca	Licenciada en Imagenología	Cuenca	Ecuador

3.2.- CURSOS, SEMINARIOS, CONGRESOS RELACIONADOS AL ÁREA DE TRABAJO

CURSO - EVENTO	FECHA	DURACIÓN (HORAS)
IV Congreso Internacional de Tecnología Médica en Imagen	29 - Octubre - 2016	44
III Congreso Internacional de Tecnología Médica en Imagen y Radiología	11 - Octubre - 2014	42
Avances Tecnológicos y de Gestión en la Calidad de la Atención	6 - Mayo - 2013	50
Curso Básico de Protección Radiológica en Rayos X	05-06 - Octubre 2012	12

3.3.- EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL ÁREA

Período de tiempo utilizando Radiaciones Ionizantes:

7 años

4.- DESCRIPCIÓN DE SUS FUNCIONES ACTUALES (No especificar el cargo)

Ubicación de manera correcta las posiciones radiológicas del paciente
Realización de Radiografías, mamografías, densitometrías,
tomografías.

5.- EQUIPO (S) QUE OPERA

Tipo: Diagnóstico, Terapia, Industria, Otro. (Especificar)	kVp Máximo	mA. Máximo	Propósito de uso
Diagnóstico	125	1000	Diagnóstico

6.- RADIOISOTOPO (S) QUE UTILIZA

Nombre del Radioisótopo	Tipo de fuente		Propósito de uso	ACTIVIDAD / PRÁCTICA (mCi)	No. PRÁCTICAS / MES
	Abierta	Sellada			

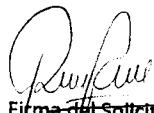
7.- DOSIMETRÍA PERSONAL

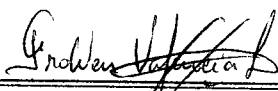
Tipo:	TLD (X)	Film ()	Lapicera ()	Otra ()
-------	-----------	------------	----------------	------------

DECLARACIÓN:

El/la que suscribe, declara que los datos y la información consignados en la presente solicitud y sus hojas adicionales son verdaderos y correctos, que conoce las normativas aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato todo cambio que se produzca respecto de los mismos.

Fecha de Presentación en la SCAN			
Día	Mes	Año	
24	Octubre	2017.	

Nombre y Apellido: <u>Patricia Abad</u>
 Firma del Solicitante

Firma del Responsable de recepción: 
--

Fecha de recepción: <u>06-11-2017</u>
--