

OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

Es el trámite por el cual se autoriza a anunciarse como "Médico u Odontólogo Especialista" en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de acuerdo a la nómina de Especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución Ministerial n° 1.923 de fecha 6/12/2006), luego de haber obtenido la formación por **RESIDENCIAS EN EL HOSPITAL PROF. ALEJANDRO POSADAS** (Reconocidas por Ley N° 17.132, modificada por Ley N° 23.873 y Decretos N° 10/03 y 583/04 - Artículo 21° inciso e (Médico) o Artículo 31° inciso e (Odontólogo).

Documentación a presentar:

- 1) Dos juegos de solicitud de inscripción en formulario impreso, con carácter de declaración jurada. Ver formulario adjunto en esta página de Internet, www.msal.gob.ar
- 2) Matrícula otorgada por este Ministerio de Salud: ARTICULO 5º – LEY 17.132 En caso de no poseerla o tenerla vencida deberá realizarlo previo a la inscripción de su Certificado de Especialista, (ver Matriculación).
- 3) Diploma Original del Curso del Posgrado Universitario, legalizado y una fotocopia simple en anverso y reverso de tamaño A4.

Observaciones:

- Los Diplomas o Certificados otorgados por las Universidades Nacionales o Privadas, reconocidas por el Estado Nacional, deberán estar debidamente legalizados constando en los mismos que los Nombres y Apellidos completos del profesional, concuerden con los datos de la Matrícula y/o D.N.I.; y la fecha de expedición del diploma o certificado.

Legalización previa

Diploma de Residencia Universitario ORIGINAL: en el siguiente orden: - Gestión Universitaria: Av. Santa Fe n° 1.548 - Piso 12° - CABA –
Ministerio del Interior: Av. Alem N°150 – CABA-

Ministerio de Salud de la Nación: Av. 9 de Julio N° 1925, 7° piso, Ala Belgrano, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (Tel: 4379-9000 (Conmutador), interno N° 4640/4644)

Inscripción de Especialidad:

- 1) **El trámite es personal**, presentando la documentación en la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras – Área de Especialistas - Av. 9 de Julio 1925 – 7° Piso - Oficina N° 2 - Ala Moreno; en el horario de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas.
- 2) **Pago de arancel**, luego de la inscripción del punto anterior que el interesado deberá abonar en Tesorería del Ministerio de Salud, en 1° Piso. El valor del arancel del Certificado de Especialista es de \$ 300 y la única forma de pago es en efectivo.

Cuántas veces debe concurrir

Deberá concurrir 2 veces:

- 1) Trámite de presentación y pago de arancel.
- 2) Entrega del Certificado a las 48 horas hábiles.

Quién puede/debe efectuarlo

El profesional médico u odontólogo **titular exclusivamente**, que inicia el trámite y completa el formulario. Puede retirar el Certificado el mismo titular **o un tercero debidamente autorizado** con una nota del titular, escrita y firmada al Dorso del comprobante del arancel abonado.

Como debe realizarlo por Poder:

Solo podrán acceder a realizar el trámite por Poder ante Escribano Público, aquellos profesionales que acrediten en forma debidamente documentada:

1. Enfermedad o Accidente por largo tratamiento.
2. Residencia fuera del País.
3. Residencia en el Interior del País.

En todos los casos el Profesional deberá presentar:

1. Nota dirigida a la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, con domicilio actualizado de residencia, justificando alguno de los tres puntos mencionados precedentemente y adjuntando la documentación para iniciar un expediente que será auditado con las:
2. Fotocopias simple del DNI del autorizado a realizar el trámite (1º y 2º hoja).
3. Fotocopia simple del DNI del profesional a inscribirse.
4. Fotocopias simple anverso y reverso de los títulos y/o Certificados correspondientes al profesional a inscribirse.
5. Fotocopia simple anverso y reverso de la Matrícula Profesional Médico/Odontólogo.
6. Fotocopia del Poder Legalizada por Escribano Público.
7. Solicitud Certificado de Especialidad completo (descargar de la página www.msal.gob.ar)
8. Datos personales de la persona apoderada, nombre, apellido, mail, teléfono, etc)

Validez de la certificación.

De acuerdo al Decreto Nº 587/04 el Ministerio de Salud no revalida ni recertifica los certificados emitidos por este Ministerio aún aquellos que presentan la leyenda “este certificado de Especialidad debe ser revalidado a los 5 (cinco) años de su emisión”. La revalidación o recertificación es un acto voluntario que puede realizarse en las Sociedades Científicas o Entidades Académi



Buenos Aires,.....

Número de Orden.....

Pago N°

SOLICITUD CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD

SEÑOR/A DIRECTOR NACIONAL DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE FRONTERAS

El/la que suscribe.....

Matrícula Profesional de MEDICO/ODONTOLOGO (Capital Federal) N°.....

Constituyendo domicilio real en la calle.....

N°.....Piso.....Dpto.....CP.N°.....Localidad.....

Provincia de.....

Solicita autorización para anunciarse como Especialista en

.....

De acuerdo a lo establecido en el inciso. Artículo N° 21/31, de la Ley 17.132 y su Decreto Reglamentario N° 6.216/67, modificada por la Ley N° 23.873/90 y Decretos N° 10/03 y 587/04.

Indicar la Institución Científica, Universidad o Establecimiento Asistencial donde realizó la Especialidad.

.....

Por medio de la presente me comprometo a retirar el Certificado de la Especialidad inscripta dentro de los próximos diez días hábiles administrativos a partir del día a la fecha. Cumplido dicho plazo ésta Dirección Nacional no se responsabiliza por los daños y/o extravío del mismo.

Saludo a la Sr/Sra. Director muy Atentamente

.....

FIRMA

DNI N°

CUIT/CUIL N°.....

Tel.Part y/o laboral y/o celular.....

Correo Electrónico.....