

### **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 COLEGIOS MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (Reconocidos por Ley N° 17.132 modificada por Ley N° 23.873 Decretos N° 10/03 y 587/04, Artículo 21° inciso A (Médico). Además deberán estar inscriptos en el SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION SANITARIA ARGENTINO (SISA)

#### **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](http://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) Certificado original de especialista, otorgado por el Colegio Profesional de la Provincia de Buenos Aires, y fotocopia simple del anverso y reverso en tamaño A4

#### **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](http://www.msal.gob.ar)
8. Datos personales de la persona apoderada, nombre, apellido, mail, teléfono, etc)



**Validez de la certificación.**

De acuerdo al Decreto N° 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 Académicas.



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.....