



## **OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO DE ESPECIALISTA**

Es el trámite por el cual se autoriza a anunciarse como "Enfermera/o 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° 199 de fecha 25/02/2011) luego de haber obtenido la formación por **RESIDENCIA DE ENFERMERIA de acuerdo a lo previsto en el Inc. c) de la Art. 7° del Decreto N° 2497, reglamentario de la Ley N°24004 del Ejercicio de la Enfermería**

### **Qué documentación se debe presentar. Requisitos.**

- 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.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)
- 2) Matrícula otorgada por este Ministerio de Salud: ARTICULO 12° – LEY N°24.004, reglamentado de DECRETO N° 2497/93. 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 Residencia, legalizado y una fotocopia simple en tamaño A4.

### **Observaciones**

- Los Certificados otorgados por el Hospital donde se efectuó la Residencia 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.; como así también la fecha de **inicio y finalización** de la residencia (día, mes y año) que no puede tener una duración menor de tres años, y la fecha de expedición del certificado de la residencia.
- **Legalización previa.**
- **Legalización Certificado de Residencia ORIGINAL:** en el siguiente orden
  - Autoridad del Hospital debe hacer constar en el reverso del Certificado de residencia, que las firmas que anteceden son auténticas.
  - Ministerio de Salud de la Nación: Av. 9 de Julio 1925 / Piso 7° / Ala Belgrano - Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (TE 4379-9000 - Interno n° 4640).

### **Inscripción de Especialidad**

- 1) **El trámite es personal**, presentando la documentación en la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras – Area de Especialistas - Av. 9 de Julio 1925 - 7° Piso - Oficina n° 2 - Ala Moreno; de lunes a viernes en el horario de  
de 9:00 a 13:00 hs.

- 2) **Pago de arancel**, luego de la inscripción del punto anterior, que el interesado deberá abonar en Tesorería del Ministerio de Salud, en el 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 de Enfermería **titular exclusivamente**, que inicia el trámite y completa el formulario. Puede retirar el Certificado el mismo titular o un **tercero debidamente autorizado**, con el comprobante de arancel.

### **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 (1° y 2° 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 Académica



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 LICENCIADO/A EN ENFERMERIA (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 por Decreto 2497/93 de la Ley 24. Indicar lugar 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

D.N.I. N° .....

CUIT/CUIL N° .....

Tel. Part. y/o Laboral y/o Celular N° .....

Correo Electrónico.....