



## **OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO DE ESPECIALISTA –ODONTÓLOGO-**

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 completado la formación por **CONCURRENCIA A UN SERVICIO DE LA ESPECIALIDAD por un período no menor de 3 (TRES) años y postularse a un EXAMEN DE LA ESPECIALIDAD, que deberá aprobar en tres etapas** (Reconocidas por Ley N° 17.132, modificada por Ley N° 23.873 y Decretos N° 10/03 y 587/04 - Artículo 21° inciso A (Odontólogo).

### **Documentación a presentar. Requisitos:**

**SE INFORMA A LOS SRES. PROFESIONALES QUE A PARTIR DEL 1º DE ENERO DE 2017, TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA DEBERA ESTAR (SIN EXCEPCIÓN ALGUNA) ESCANEADA Y SER PRESENTADA EN LA OFICINA N° 2 A TRAVÉS DE UN PEN DRIVE.**

- 1) Solicitud de inscripción en formulario impreso, con carácter de declaración jurada. Ver formulario adjunto.
- 2) Formulario de Certificación de Antigüedad en la Especialidad (Membrete de este Ministerio de Salud), firmado por el Jefe de Servicio con el aval del Director Médico del Establecimiento; y la constancia de haber completado la "Concurrencia", emitida por el establecimiento asistencial con su respectivo membrete.
- 3) Fotocopia de la primera y segunda hoja del DNI /LC/ LE/ CI.
- 4) Fotocopia de la Matrícula Profesional otorgada por este Ministerio de Salud (Ley N° 17.132, Artículo 5°)
- 5) Fotocopia autenticada del título original de Médico u Odontólogo (Anverso y Reverso), autenticada por la Universidad o Escribano Público.
- 6) **Currículum Vitae actualizado. .**

### **Observaciones:**

Deberá tener 5 (CINCO) años de Egresado como Médico u Odontólogo, a partir de la fecha de expedición de su Título Universitario.

Tener 3 (TRES) años de antigüedad en la especialidad inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud, debidamente acreditados en Establecimientos Públicos ó Privados, reconocidos por el Ministerio de Salud.

La antigüedad requerirá el cumplimiento mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario; y un mínimo de prácticas de baja, mediana y alta complejidad, certificadas por el Jefe de Servicio y/o Dirección Médica del establecimiento asistencial.

#### **Cómo se hace.**

- 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 10:00 a 14:00 horas.
- 2) **Pago del arancel**, que el interesado deberá abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, en el 1ª Piso.
- 3) **Luego de auditarse los expedientes, los inscriptos serán notificados de las siguientes maneras: telefónicamente, correo electrónico o fax, en el domicilio legal y/o laboral que figuren en la solicitud de inscripción, con una antelación no menor de 3 (TRES) semanas, como mínimo a la fecha de examen.**

#### **Cuántas veces debe concurrir**

Deberá concurrir 3 veces:

- 1) Trámite de presentación y pago de arancel.
- 2) Examen, que puede requerir más de un sistema (entrevista personal, teórico y práctico)
- 3) Entrega del Certificado después del Dictamen de la Junta Evaluadora.

#### **Cuánto vale**

El arancel de la inscripción del Certificado de Especialista es de \$30. La única forma de pago es **en efectivo**. El mismo se abona en la Tesorería del Ministerio de Salud, 1° piso, de Lunes a Viernes en el horario de 10:00 a 14:00 hs.



### **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 por el Profesional Titular y en forma escrita, aclarando los datos personales y fotocopia del DNI del autorizado.**

### **Cuándo es necesario realizar el trámite:**

Cuando el profesional requiera anunciarse como especialista en su actividad pública o privada de acuerdo a la Ley N° 17.132 modificada por la Ley N° 23.873.

### **Dónde se puede realizar el trámite.**

Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras  
Área de Especialistas.

Av. 9 de Julio 1925 Piso 7. Of. 2

Horario de atención: 10.00 a 14.00

Teléfono: (011) 4379-9000 Int. 4668.

Los datos de los presentes Formularios que figuran a continuación (exceptuando el ítem "Número de Orden") a partir del 1º de Enero del 2017 **deben ser completados por el Profesional EXCLUSIVAMENTE POR COMPUTADORA Y UNA VEZ COMPLETOS Y FIRMADOS, DEBERAN ESTAR (SIN EXCEPCIÓN ALGUNA) ESCANEADOS Y SER PRESENTADOS EN LA OFICINA N° 2 A TRAVÉS DE UN PEN DRIVE.**



Buenos Aires,.....

Número de Orden.....

**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.

Para tal fin adjunta certificado que acredita la antigüedad en la Especialidad mencionada, expedido por: (indicar la Institución Científica ó Establecimiento Asistencial ó Colegio Médico)

.....

***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.***

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° .....

FAX N°.....

Correo Electrónico.....@.....



**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD**

El abajo firmante Dr.....

Jefe del servicio de.....

Hospital.....

Dependiente de.....

CERTIFICA que el Dr.....

Documento Nacional de Identidad N°.....

Ha mantenido una antigüedad comprobada e ininterrumpida desde el día.....del mes de .....del año.....Hasta el día .....del mes de..... del año.....cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por años calendario, dentro del mencionado Servicio (Decreto N° 10/2003)

.....  
Firma y Sello del Jefe del Servicio

El que suscribe Dr.....

Director del Hospital.....

Avala con su conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el Jefe del Servicio Dr.....

Se extiende el presente a pedido del interesado para su presentación ante la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, para los fines previstos en el Artículo 21° de la Ley N° 17.132 en Buenos Aires, a los..... días del mes de.....del año.....

.....  
Sello del Establecimiento  
Asistencial

.....  
Firma y sello del Director