

## **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 HOSPITALES DEPENDIENTES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (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](http://www.msal.gob.ar)
- 2) Matrícula otorgada por este Ministerio de Salud: ARTICULO 5° – 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 o Certificado original de Residencia completa legalizado y una fotocopia simple del anverso y reverso en tamaño A4.

### **Observaciones:**

El Certificado otorgado por los Hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.), deberán estar debidamente **legalizados**, constando en el mismo 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**

- La Legalización del Certificado de Residencia ORIGINAL en el siguiente orden:

- Registro de Certificados, Títulos y Diplomas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Bolívar N° 191, C.A.B.A. Piso 4°), de Lunes a Viernes de 9 a 14 hs.

Correo Electrónico: [dgeartiner@buenosaires.gov.ar](mailto:dgeartiner@buenosaires.gov.ar), teléfonos: 4343-0559/9107, ó 4342-7689.

- Ministerio del Interior: Av. Alem N° 150 C.A.B.A.

-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 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 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 Dorsal 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.....