



Ministerio de Salud

## 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 **ENTIDADES CIENTÍFICAS DE LA ESPECIALIDAD** (Reconocidas por Ley N° 17.132 modificada por Ley N° 23.873 Decretos N° 10/03 y 587/04 Artículo 21° inciso d (Médico) o Artículo 31° inciso d (Odontólogo).

### Qué documentación se debe presentar. Requisitos.

- 1) Solicitud de inscripción en formulario impreso, con carácter de declaración jurada. Ver formulario adjunto en esta página de Internet o retirar formulario en la Oficina n° 2 - Area de Especialistas - Av. 9 de Julio n° 1.925 - 7° Piso - Ala Moreno, de lunes a viernes de 10 a 12,30 horas.
- 2) Matrícula otorgada por este Ministerio de Salud: ARTICULO 5° – LEY 17.132 En caso de no poseer la Matrícula deberá, previo a la inscripción de su certificado de Especialista, Matricularse ante este Ministerio de Salud, en el Registro Único de Profesionales (ver Matriculación).
- 3) Diploma o Certificado original de especialista, legalizado por la Entidad Científica, y una fotocopia simple del anverso y reverso.
- 4) Documento Nacional de Identidad y/o Matrícula profesional de Médico u Odontólogo. de jurisdicción de este Ministerio de Salud de la Nación.

### Observaciones

- El Diploma o Certificado otorgado por las Entidades Científicas de la Especialidad (con la denominación de Colegios, Sociedades, Asociaciones y/o Federaciones) deberá estar debidamente **legalizado**, constando en el mismo que los Nombres y Apellidos completos del profesional, concuerden con los datos de la Matrícula y/o D.N.I.; y debe constar la fecha de finalización de su especialización.  
**No se encuentran comprendidos en este inciso d), los Diplomas o Certificados otorgados por los Colegios de Médicos de Ley (Colegios de Médicos de las distintas Provincias o jurisdicciones)**
- Las instituciones que expidan los diplomas o certificados, deberán certificar las firmas de las autoridades que los rubrican en el reverso del mismo, haciendo constar que **las firmas que anteceden son auténticas** (firma, fecha y sello), como así también Número y fecha de la Resolución o Disposición del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION de que las autoriza a expedirlos.

### Cómo se hace

- 1) **El trámite es personal**, presentando la documentación en la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras – Area de Especialistas - Av. 9



## Ministerio de Salud

de Julio 1925 – 7° Piso - Oficina n° 2 - Ala Moreno; en el horario de lunes a viernes de 10:00 a 12:30 horas.

- 2) **Pago de arancel**, después de la inscripción del punto anterior que el interesado deberá abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, en el 1° Piso en el horario de 10 a 12,30 horas. El valor del arancel del Certificado de Especialista es de \$ 30 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 el comprobante del arancel abonado.

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

- Enfermedad o Accidente por Largo Tratamiento.
- Residencia fuera del País.
- Residencia en el Interior del País.

En todos los casos el profesional deberá presentar: 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:

- a) fotocopias simple del DNI del autorizado a realizar el trámite (1° y 2° hoja)
- b) fotocopia simple del DNI del profesional a inscribirse
- c) fotocopias simple anverso y reverso de los títulos y/o certificados correspondientes al profesional a inscribirse
- d) **fotocopia del Poder Legalizada por Escribano Público.**

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

Cuando el profesional requiera **anunciarse como especialista** en su actividad pública o privada de acuerdo al artículo 21° y 31° de 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

Area 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 12:30.



*Ministerio de Salud*

**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.



Ministerio de Salud

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)

.....  
**Por medio de la presente me comprometo a retirar el Certificado de la Especialidad inscrita 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.....@.....