

AUTORIZACIÓN PARA EJERCER COMO ODONTÓLOGO

Es el trámite por el cual se autoriza a ejercer a un profesional en un establecimiento Habilitado.

Documentación a presentar:

- 1) Solicitud de inscripción con carácter de declaración jurada con firma autenticada por escribano público, policía o Banco donde tenga cuenta, del profesional pidiendo la autorización para ejercer en el Establecimiento.
- 2) Fotocopia de Disposición de Habilitación o número de Trámite iniciado de Habilitación del Titular en caso de no haber finalizado el mismo.
- 3) Fotocopia del Certificado de Especialidad (para Médicos y Odontólogos)
- 4) Fotocopia de Matrícula vigente expedida por este Ministerio.
- 5) Fotocopia de título profesional.
- 6) Constancia de CUIT/CUIL y pago del monotributo. (En caso de trabajar en relación de dependencia, copia del último recibo de sueldo)
- 7) Contrato con empresa de residuos biopatogénicos del consultorio y constancia de pago; de no producirlos presentar una nota con carácter de declaración jurada firmada por el titular del consultorio.
- 8) Certificado de vacunación de hepatitis B expedido por Hospital Público, serología de laboratorio o troquel de la farmacia del/los profesional/es. (Ley N° 24.151)
- 9) Recetario membretado con datos básicos del establecimiento donde se ejerce con firma y sello del profesional (para Médicos y Odontólogos).
- 10) Consignar en hoja aparte todos los datos personales del profesional, N° de matrícula, DNI, CUIT/CUIL, domicilio particular, teléfono particular y celular, y correo electrónico.

NOTA: LA FIRMA DE LA SOLICITUD DEBERA SER AUTENTICADA ANTE BANCO DONDE TENGA CUENTA, POLICIA O ESCRIBANO PUBLICO.

NOTA 2: NO SE INICIARAN TRAMITES QUE NO INCLUYAN LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. SERA CAUSAL DE SUSPENSION Y/O DENEGATORIA DEL TRAMITE LA OMISION, NO CUMPLIMIENTO O FALSEDAD DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS.

Cómo se hace.

1.- Presentación de la documentación en Habilitaciones del Ministerio de Salud, Av. 9 de Julio 1925 7mo (Oficina 7), en el horario de 10:00 a 13:00 y 14:00 a 15:00. Allí se

verifica que la documentación sea la correcta y esté completa; de ser así se entrega el aviso de pago, para continuar con el trámite. Si la documentación no fuese la adecuada, deberá presentarse nuevamente.

2.- En el caso de disponer de aparatología deberá solicitar su habilitación en Radiofísica Sanitaria, 7° Piso, Oficina 3. de 11:00 a 13:00 y de 14:00 a 16:00

3.- Con el aviso de pago, el interesado debe abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, 1° Piso, de 10:00 a 15:00.

4.- Toda la documentación junto al comprobante de pago, se presenta en Mesa de Entradas, ubicada en 9 de Julio 1925, Planta Baja, en el horario de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 16:00. Allí le entregarán constancia de trámite iniciado donde figura su N° de expediente.

LA CONSTANCIA DE TRÁMITE INICIADO NO ES HABILITANTE PARA FUNCIONAR.

5.- Telefónicamente se acordará el día y la hora de la inspección del local y sus instalaciones para lo cual el interesado debe cumplimentar con todos los ítems requeridos.

6.- El Ministerio de Salud lo notificará para el retiro de la disposición de habilitación en Mesa de Entradas.

Cuánto vale.

El arancel para autorización para ejercer es \$135.-

La única forma de pago es en EFECTIVO.

Quién puede/debe efectuarlo.

El profesional solicitante, titular del consultorio/gabinete o Establecimiento donde ejercerá, un apoderado o autorizado por nota.

Cuándo es necesario realizar el trámite.

Antes de comenzar a trabajar en el consultorio/gabinete.

Qué vigencia tiene el documento tramitado.

Hasta que se realice la baja del consultorio o de la autorización para ejercer.

Dónde se puede realizar el trámite:

Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras,
Habilitaciones, Av. 9 de Julio 1925 Piso 7. Of. 7

Horario de atención: 10.00 a a 13:00 y de 14.00 a 15.00

Teléfono: (011) 4379-9000 Int. 4676



SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA EJERCER

Buenos Aires,.....de.....de.....

Señor Director de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras:

El/la que suscribe:.....

De Profesión:M.N°:.....

Solicita autorización para ejercer en el consultorio/gabinete:.....

Sito en la calle:N°.....P.....Dpto.....

Tel..... de esta Capital, donde atenderé los días:

De.....a.....hs.

En el consultorio/gabinete exhibiré título: Título original..... fotocopia legalizada..... (Marque con una cruz lo que exhibirá)

Titular del consultorio/gabinete es.....

Profesión..... Matricula N°.....

Especialista en (médicos y odontólogos).....

N° de Disposición o trámite de Habilitación:.....

Domicilio de Residencia:..... N°.....

Piso.Dpto..... CP.Tel. particular N°:.....-

Para Odontólogos:

Mecánico Dental: Apellido y Nombre.....

M.N N°: Domicilio:

Tel:.....

El interesado constituye domicilio en

.....,

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde acorde a lo establecido en el Art. 19 del Reglamento de Procedimientos Administrativos (Dec. 1759/72) se tendrán por válidas todas las notificaciones.

Firma y sello del Titular

Firma y sello del Autorizado

Firma Autenticada