



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 **CURSO DE POSTGRADO UNIVERSITARIO** (Reconocidas por Ley N° 17.132, modificada por Ley N° 23.873 y Decretos N° 10/03 y 583/04 - Artículo 21° inciso b (Médico) o Artículo 31° inciso b (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 del Curso de Posgrado Universitario, legalizado.
- 4) Documento Nacional de Identidad y/o Matrícula profesional del Médico u Odontólogo, jurisdicción de este Ministerio de Salud de la Nación.

Observaciones

- Los Diplomas o Certificados otorgados por las Universidades Nacionales o Privadas, reconocidas por el estado nacional, 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.; y la fecha de expedición del diploma o certificado.
- Legalización: Diploma o Certificado de Posgrado Universitario **ORIGINAL:** en el siguiente orden:
 - Gestión Universitaria: Av. Santa Fé n° 1.548 - Piso 12° - CABA
 - Ministerio del Interior: 25 de Mayo n° 179 - CABAUna vez legalizados los dos puntos anteriores, concurrir a este Ministerio de Salud de la Nación: Av. 9 de Julio 1925 / Piso 7° Piso / Oficina n° 2 / Ala Moreno; con el Diploma original y la fotocopia simple del anverso y reverso de dicho diploma.

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



Ministerio de Salud

- 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.
- 3) Cuando se entrega y retira el certificado, se legaliza la firma de la Autoridad Sanitaria en el 4° Piso - Oficina de Despacho - DGA (Legalizaciones)

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.

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 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

Area de Especialistas: Av. 9 de Julio n° 1.925 / 7° Piso / Oficina n° 2 / Ala Moreno

Horario de atención: de lunes a viernes de 10:00 a 12:30 horas.

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)

.....

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.....@.....