



Ministerio de Salud

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 obtenido la formación y capacitación 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** (Reconocidas por Ley N° 17.132, modificada por Ley N° 23.873 y Decretos N° 10/03 Y 587/04 - Artículo 31° inciso A - 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) 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 D.N.I /L.C./ LE/ CI
- 4) Fotocopia de la Matrícula profesional otorgada por este Ministerio de Salud: ARTICULO 5° – LEY 17.132
- 5) Fotocopia autenticada del título original de Médico u Odontólogo (anverso y reverso), autenticada por la Universidad o Escribano Público.
- 6) Curriculum 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 anteriores a la presentación de la solicitud, debidamente acreditados en Establecimientos públicos o privados, reconocidos por el Ministerio de Salud.
- La antigüedad requerirá el cumplimiento mínimo de 20 horas semanales y 200 días por año calendario; y un mínimo de prácticas de baja, mediana y alta complejidad, certificadas por el Jefe de Servicio y/o la Dirección Médica u Odontológica 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 – Area de Especialistas - Av. 9 de Julio 1925 – 7° Piso – Oficina n° 2; en el horario de lunes a viernes de: 10:00 a 12:30.
- 2) Pago de arancel, que el interesado deberá abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, en el 1° Piso.



Ministerio de Salud

- 3) Luego de auditarse los expedientes, los inscriptos serán notificados de las siguientes maneras: telefónicamente, fax, o correo electrónico, 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 del 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/o 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 en el horario de lunes a viernes de 10:00 a 12:30 horas.

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 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

Area de Especialistas: Av. 9 de Julio 1925 - 7° Piso – Oficina n° 2; en el horario de atención: de lunes a viernes de 10:00 a 12:30 horas.



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 o Establecimiento Asistencial)

.....
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 al Sr. Director muy Atentamente

.....
FIRMA

D.N.I. N°

CUIT / CUIL N°:

Tel. Part y/o Laboral y/o Celular N°:

FAX N°:Correo Electrónico:@.....



Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE ANTIGUEDAD EN LA ESPECIALIDAD

El abajo firmante Dr.....

Jefe del Servicio de.....

Hospital

Dependiente de.....

CERTIFICA que el Dr.

Documento de identidad N°

Ha mantenido una antigüedad comprobada e ininterrumpida desde el día.....

hasta el día.....cumplimentando un mínimo de VEINTE (20) horas

semanales y DOSCIENTOS (200) días por año calendario, dentro del mencionado

Servicio. (Decreto n° 10/2003)

Firma y Sello del Jefe de 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 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 losdías del mes de

del año.....

Sello del Establecimiento Asistencial

Firma y Sello del Director