

# CERTIFICACION



CCREM. Fac, Medicina UNT, Colegio Medico de Tucumán, Circulo Medico del Sur, SI.PRO.SA.

**AVALADO** por el Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 934, Expediente 1-2002-13209/00-8

---

## **CERTIFICACION. Documentación a presentar.**

1. Nota dirigida al Presidente del CCREM: solicitando se acepte la postulación para Certificar la Especialidad.
2. **Título de Médico** copia Autenticada por UNIVERSIDAD que corresponda.
3. **Matrícula Profesional** **constancia actualizada**, no mayor a seis meses, emitida por Dirección General de Fiscalización Sanitaria de SI.PRO.SA.
4. Fotocopia DNI.
5. Curriculum Vitae detallando datos personales, académicos y laborales, acompañado por **documentación Original y Copia para su Autenticación**.
  - a. Comprobantes de haber realizado y completado su formación en la especialidad avalada por Institución Universitaria pública o privada, SIPROSA, o entidad sanitaria competente en cada región.
  - b. Título de Posgrado en la Especialidad, otorgado por Universidades Públicas o Privadas, Ministerio de Salud, o Sociedades Científicas con aval nacional o internacional.
6. Consulares: Si fueren títulos o documentación extranjera, el cotejo con los originales se realizara por CCREM, por trámite previo a la inscripción.
7. Recibo Original que acredite haber abonado arancel fijado para Certificar.  
(el pago se hará efectivo a través de Pago Fácil)

**La presentación de los interesados se efectuará en CCREM - Facultad de Medicina.**

### **De la Certificación por el Procedimiento de Evaluación.**

Para inscribirse para Certificar en una Especialidad, primero deben cumplimentar con la Certificación primaria respectiva.

El Tribunal valorará la Competencia profesional de los aspirantes a la Certificación por medio de:

- a) La valoración de títulos, antecedentes y trabajos.
- b) Declaración de actividades conforme al reglamento vigente:
  - Certificaciones de comprobantes de haber realizado y completado Residencia avalada por Institución universitaria pública o privada.
  - Declaración de Actividades profesionales realizadas en la Especialidad, no inferior en años al que correspondan a las residencia vigente.
  - Para el supuesto de que no hubiere especialidad, se podrá en forma subsidiaria, aceptar la presentación de certificado de prestación de servicios profesionales en la especialidad, que no deberá ser inferior – al momento de presentar la documentación para su inscripción – a los 5 años completos.-

En todos los casos, los Certificados cumplimentaran los requisitos formales en los ámbitos universitarios y estar refrendados en original o copias también certificadas por las autoridades y/o funcionarios de la entidad emisora o donde se prestaron los servicios.

El Tribunal podrá solicitar si lo considera necesario información complementaria sobre la naturaleza y alcances de la prestación profesional e inclusive la remisión de pruebas instrumentales.

- c) Examen para la certificación profesional que se enmarque dentro de los lineamientos generales establecido por el programa
- d) Eventual entrevista personal, a criterio del Tribunal, si lo considera necesario.

#### **Certificaran automáticamente:**

- a) Los profesionales que tuvieren Título de Especialista obtenido por Carrera de Postgrado otorgado por Universidades Nacionales.
- b) Estarán excluidos de rendir aquellos profesionales que cuenten con mínimo 30 años de ejercicio profesional de la Medicina y puedan acreditar mínimo 20 años en la especialidad que se postula, previa presentación de Requisitos detallados para Certificar.

**ARTICULO 44°:** La decisión que se tome deberá ser por unanimidad, mediante un dictamen explicito y fundado por el que se justifica acabadamente las condiciones para certificar sin evaluación.

**ARTICULO 45°:**

Para el supuesto de que el Tribunal decida “no certificar”.

La documentación presentada reviste el carácter de **Declaración Jurada**.  
Es **responsabilidad del postulante** tomar conocimiento bajo firma en la oficina de Certificaciones sobre la continuidad de su trámite y el resultado de lo actuado por el Tribunal Evaluador.

**Firma y Aclaración en conformidad del postulante:.....**

**Espacio reservado para Evaluación del Tribunal:**

**Certifica      A examen para certificar      No Certifica**

**Observaciones:**

**Firma y aclaración miembros tribunal:**

**Facultad de Medicina**

**SI.PRO.SA**

**Colegio Médico**

**Circulo Médico del Sur**