

# REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN EN LA ATENCIÓN DE OBRAS SOCIALES A TRAVÉS DE CLÍNICAS



Horarios y días de atención: Lunes a viernes de 9 a 15.30 hs

Si cumple con los requisitos mencionados deberá presentar fotocopias en tamaño A4 de:

- Nacionalidad Argentina
- Matrícula Provincial
- D.N.I (1er hoja y dorso) para verificación de nacionalidad.
- Carnet de Matrícula Provincial.
- Certificado de Ética Médica extendido por Colegio Médico (1)
- Certificado de Inscripción en CUIT. (2)
- Certificado de Inscripción en Ingresos Brutos.
- Certificado de Inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud vigente. (3)

## **Aclaraciones:**

- (1) No deberá exceder los 15 días de emitido por la autoridad competente.
- (2) Ingresar en: [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar), seleccionar sección de “**constancia de inscripción**”. (Única constancia aceptada), la vigencia de la presente no debe exceder los 15 días de emitida.
- (3) Superintendencia de Servicios de Salud: <https://argentina.gob.ar/servicio/solicitar-inscripcion-reinscripcion-de-profesionales>

## **Documentación a solicitar en la Clínica en la que se va a desempeñar:**

- Nota membretada, solicitando la inscripción del Profesional, a través del dígito **Nº 8**.
- Nota membretada, donde conste que el profesional trabajará en esa institución en sus consultorios externos, declarando, domicilio y teléfono del mismo, para ser incluidos en cartilla.

## **TÍTULOS**

Fotocopia LEGALIZADA, del título de Médico/a. (\*)

(\*) La legalización de la fotocopia podrá ser por:

- Escribano público
- Colegio de Médicos DTO IV.

## **ESPECIALIDADES:**

**Para acreditar la especialidad deberá presentar algunas de las siguientes opciones:**

- Título de especialista otorgado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Bs. As. DTO IV. (Fotocopia)
- Título de especialista otorgado por el Ministerio de Salud (fotocopia)

**En el caso de no poseer ninguno de los títulos anteriormente mencionados:**

- Constancia de Residencia Completa. (Resumen de Curriculum Vitae, referido a la especialidad a acreditar, Máximo 10 hojas).

## **DECLARACIÓN DE APARATOLOGÍA:**

-En el caso en que realice prácticas con aparatología tanto INDIVIDUAL como INSTITUCIONAL, deberá ser presentada para su inscripción

**ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE GRAL. SAN MARTÍN Y TRES DE FEBRERO**

AYACUCHO 2366 San Martín

TEL: 3985-9392- PAG. WEB: [www.amsmy3f.org.ar/](http://www.amsmy3f.org.ar/) Mail: [inscripciones@amsmy3f.org.ar](mailto:inscripciones@amsmy3f.org.ar)