

REQUISITOS - Según Resolución n° 118-18-2016 de fecha 27/05/16

ARTICULO 2°: De los **Requisitos para constancia en la práctica de la especialidad:**

- a) Nota de solicitud.
- b) Es condición indispensable estar matriculado en este Consejo de Médicos.
- c) Presentar **Curriculum Vitae** actualizado, firmado, foliado y ordenado cronológicamente. Los antecedentes DEBEN ser de los **ULTIMOS 5 (CINCO) AÑOS**. Esta documentación tendrá el carácter de declaración jurada.
- d) **Certificación de Antecedentes de Formación** (oficial o privado) a fin de acreditar el ejercicio profesional en la especialidad, la que puede consistir en:
 - d.1) Certificación en la cual conste haber completado una Residencia Médica de 3 o más años de duración.
 - d.2) Certificación de Concurrencia por un período no menor a 3(tres) años a un Servicio de la especialidad en un hospital de referencia provincial o regional con estructura definida en la Ley 4135 y 4418 debiendo presentar el Programa de su concurrencia, que cuente con el aval de Docencia del Ministerio o del Hospital o de la Institución privada habilitada, el cual deberá adjuntarse, quedando a criterio de la Comisión de Especialidades su aceptación.
 - d.3) Los Certificados de Formación, Capacitación y Actualización se confeccionarán sobre la base del Modelo definido en el punto C en Anexo I de la Resolución n° 172-12-2004.-
- e) **Certificación laboral** que acredite el desempeño continuo de la especialidad durante los últimos 5 años, deberá estar firmada por el Departamento de Docencia Hospitalaria, Director de la Institución, Jefe de Servicio respectivo y por el Jefe de Personal que certifica años de servicio de dicha Institución, conforme Anexo II de la presente resolución.
- f) **Certificaciones de Cursos, Jornadas, Congresos, Talleres y actividades de capacitación**, o actualización relacionadas con la especialidad.

ARTICULO 3°: En las especialidades quirúrgicas el solicitante deberá adjuntar listado de las **actividades quirúrgicas** efectuadas en los 2 últimos años, en un número no menor a 50 (cincuenta) cirugías por año, que deberá ser refrendado por el Responsable del establecimiento en donde se desarrollaron dichas actividades.

El listado deberá señalar:

- Fecha	- Operación o procedimiento realizado
- Nombre del paciente	- Si fue médico responsable o ayudante
- Diagnóstico	- Establecimiento

La Comisión de Especialidades tendrá a su cargo evaluar dicha documentación.

ARTICULO 4°: En la **especialidad Anestesiología** el solicitante deberá adjuntar listado de las prestaciones anestesiológicas efectuadas en los 2 últimos años, que deberá ser refrendado por el Responsable del establecimiento en donde se desarrollaron dichas actividades.

El listado deberá señalar:

- Fecha	- Operación o procedimiento realizado
- Nombre del paciente	- Si fue médico responsable o ayudante
- Diagnóstico	- Establecimiento

La Comisión de Especialidades tendrá a su cargo evaluar dicha documentación.

Adjuntar en un CD respaldo de la documentación presentada (se devolverá dicha carpeta)



SOLICITUD DE **CONSTANCIA EN LA PRACTICA** DE LA ESPECIALIDAD

San Salvador de Jujuy, ___ de _____ de _____

Al Sr. Presidente del
 CONSEJO DE MEDICOS DE JUJUY
Su Despacho

El que suscribe _____
 Matr. Prov. Nº _____ D.N.I. nº _____, se dirige a Ud. a fin de solicitar se le otorgue la **CONSTANCIA EN LA PRACTICA** en _____
 adjuntando a la presente los siguientes antecedentes:

A) ANTECEDENTES DE DESEMPEÑO EN LA ESPECIALIDAD (últimos 5 años)

1) Rentados

Lugar de Trabajo	Función	Desde	Hasta

2) Ad Honorem

Lugar de Trabajo	Función	Desde	Hasta

3) Pasantías por Servicios Especializados

Lugar de Trabajo	Función	Desde	Hasta

B) ANTECEDENTES DE CAPACITACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD (últimos 5 años)

1) Participación en Cursos y Congresos

Nombre	Año

2) Trabajos presentados

Título	Presentado ó Publicado	Año



C) ACTIVIDAD EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS O MÉDICAS

Institución	Cargo	Desde	Hasta

D) OTRAS ACTIVIDADES

Firma del Solicitante: _____

Para uso de la Comisión de Especialidades y Evaluación de Antecedentes exclusivamente.

LA COMISION DE ESPECIALIDADES Y EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES, eleva a la Mesa Directiva los antecedentes presentados por el Dr./Dra. _____

M.P. N° _____ evaluados por esta Comisión en reunión del día ___ de _____ de ____ Acta n° _____ el que se considera suficiente para el trámite de **CONSTANCIA EN LA PRACTICA** en _____

Integrante

Integrante

Integrante

Integrante

LA MESA DIRECTIVA:

Secretario

Presidente



Los que suscriben, Jefe del Servicio de..... Jefe de Personal y Director del Hospital..... CERTIFICAN que el Dr..... DNI. N°..... M.P. N°..... cumple / ha cumplido funciones como del agrupamiento profesional en carácter de (médico de planta, concurrente, agregado, etc.) con un total de hs. semanales, en los períodos (años) comprendidos entre desarrollando actividades en (*)

Se deja constancia que el establecimiento alcanza nivel y que cuenta con atención de consulta externa, internación y servicios de diagnóstico y tratamiento y que el Servicio de reúne las condiciones fijadas en la Ley 4135 y su modificatoria.

(Lugar).....(Fecha).....

*** Consulta/ Consulta e Internación/ Consulta, internación y Guardia/ Quirófano
Servicios de Diagnóstico y/o Tratamiento/ Otros.**



Jefe de Personal

Depto.Docencia Hosp.

Jefe de Servicio

Director