

CERTIFICADO DE ETICA PROFESIONAL

Es el trámite por el cual se certifica que un Profesional se encuentra inscripto en el Registro Único de Profesionales del Ministerio de Salud de la Nación y que no registra sanciones por incumplimiento de las Leyes vigentes.

Documentación a presentar:

- 1) Matrícula o fotocopia de la matrícula profesional.
- 2) Constancia de CUIL/ CUIT.
- 3) DNI
- 4) Constancia de Pago de arancel.

Cómo se hace.

- 1.- Presentación de la documentación en el Área de Registro Único de Profesionales, en Av. 9 de Julio 1925, C.A.B.A., Planta Baja, de Lunes a Viernes en el horario de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 15:00. Se verifica que la documentación sea la correcta y esté completa..
- 2.- Se entrega el “Aviso de Pago”.
- 3.- Abona el arancel en la Tesorería del Ministerio de Salud, 1º Piso.
- 4.- Con la presentación del pago del arancel se entrega el trámite.

Cuánto vale.

El arancel de cada Certificado es de \$70.-

La única forma de pago es en EFECTIVO.

El mismo se abona en la Tesorería del Ministerio de Salud de la Nación, 1º piso, de Lunes a Viernes en el horario de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 15:00.

Quién puede/debe efectuarlo.

El Profesional o cualquier persona autorizada por él mediante una nota, para realizar el trámite del Certificado de Ética en su nombre

Cuándo es necesario realizar el trámite.

Cuando es solicitado para completar un trámite, ingresar a un trabajo, etc.

Qué vigencia tiene el documento tramitado.

La del trámite que se debe realizar.

Cuántas veces debería asistir al organismo para hacer el trámite.

El trámite se realiza en el día.

Dónde se puede realizar el trámite.

Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras

Área Registro Único de Profesionales.

Av. 9 de Julio 1925. Planta Baja del Ministerio.

Horario de atención: 10.00 a a 13:00 y de 14.00 a 15.00

Teléfono: (011) 4379-9000 internos 4014/ 4019/ 4020/ 4022

(011)4379-9607



SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ETICA PROFESIONAL

Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Nacionalidad:

DNI N°:

CUIT/CUIL N°:

Profesión:

Matricula Nacional N°.....Fecha de Expedición:

MOTIVO DE LA SOLICITUD

- Presentación en Superintendencia de Scios. de Salud
- Presentación en Empresa de Medicina Prepaga
- Presentación en Organismo Oficial

- Nacional
- Provincial
- Municipal

• Organismo.....

- Ingresar a un trabajo
- Realizar un trámite
- Curso de Posgrado
- Trabajar en otro país

¿Cuál?.....

En forma

Temporaria

Permanente

Fecha:/...../.....

Firma y Aclaración