



**COLEGIO DE MEDICOS**  
de la  
**PROVINCIA DE SANTA FE**  
2da. Circunscripción  
Ley 3950 y sus Modificatorias

**AV. PELLEGRINI 1705**  
TEL/FAX 482-2905 y 482-3479  
C.e. info@colmedicosantafe2.org.ar  
especialidades@colmedicosantafe2.org.ar  
www.colmedicosantafe2.org.ar  
2000 ROSARIO  
REPUBLICA ARGENTINA

**CONSTE:** que el Dr. ....  
matrícula profesional nº: ..... ha concurrido al servicio de .....  
..... a cargo del Dr.: .....  
de (nombre del establecimiento): .....  
con domicilio en: .....  
bajo la dirección médica: .....  
desde: ..... al .....y continúa a  
la fecha, cumpliendo las siguientes actividades con dedicación, responsabilidad y a mi entera  
satisfacción:

- a) asistenciales en
 

consultorio	diario: ..... horas
	semanal: ..... horas
internación: .....	
- b) reuniones científicas: ..... nº por mes: .....
- c) seminarios: ..... nº por mes: .....
- d) evaluaciones periódicas
 

semestrales: .....
anuales: .....
final: .....

El servicio cuenta con:

Nº de consultorios externos: ..... equipados con : .....  
.....  
.....  
nº de camas para internación: ....., historias clínicas: .....  
operaciones que se efectúan (mencionar e indicar número aproximado por mes): .....  
.....  
.....

El establecimiento cuenta con:

Nº total de consultorios externos: .....

Nº total de camas para internación: .....

Sala de operaciones: .....

Terapia Intensiva, nº de camas: .....

Unidad Coronaria, nº de camas: .....

Radiología: .....realiza estudios especiales: .....

Laboratorio: .....realiza estudios especiales: .....

Anatomía Patológica: .....

Sala de partos: ..... Biblioteca Especializada: .....

En Rosario, a los ..... días del mes de .....

de ..... se extiende la presente, a la solicitud del interesado y para ser

presentado ante el Colegio de Médicos de la provincia de Santa Fe, 2da. Circunscripción, a los

efectos de su registro en la especialidad de: .....

.....

.....  
Jefe de Servicio

.....  
Médico Director