



Universidad Nacional  
del Nordeste



FACULTAD  
DE MEDICINA  
Universidad Nacional  
del Nordeste

**RESOLUCIÓN N° 468/21 - D. -  
CORRIENTES, 11 de marzo de 2021.-**

**VISTO:**

Las presentes actuaciones, por el cual la Secretaría Académica de esta Facultad de Medicina requiere la adecuación del circuito administrativo para la Certificación de Programas que solicitan los egresados de esta Casa, con el fin de tramitar la reválida u homologación de su Título en el extranjero; y

**CONSIDERANDO:**

Que fundamenta la solicitud, en la necesidad de agilizar los trámites que actualmente se realizan, adaptándose los mismos a un sistema sustentado en la virtualidad;

Que la documentación requerida para efectuar la Reválida de los Títulos de egresados de esta Casa en el exterior, debe ser física y con firmas originales;

Las atribuciones conferidas al suscripto;

**EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE**

**R E S U E L V E :**

**ARTÍCULO 1°.-** A partir del mes de marzo de 2021, los trámites de Certificación de Programas que gestionen los egresados de esta Facultad de Medicina, para tramitar la reválida u homologación de títulos de grado en el extranjero, se realizarán en forma virtual y se registrarán por el circuito que se detalla a continuación:

1. Los interesados deberán solicitar al Decanato de esta Facultad de Medicina al mail: [mesanotificaciones@med.unne.edu.ar](mailto:mesanotificaciones@med.unne.edu.ar), por nota (cuyo modelo se adjunta) más el comprobante de pago y copia del título de grado.
2. El interesado deberá abonar un arancel de \$ 5.000,00 a la Asociación Cooperadora de la Facultad de Medicina, el que depositará en la Cuenta de la misma, debiendo adjuntar el comprobante de pago a la nota de presentación. (Datos Cuenta: Banco de Corrientes S.A. - Cuenta Corriente en pesos: 130943-1 - CBU: 09400993 10001309430016 - CUIT: 30-65334153-5).
3. La Secretaría Académica realizará la impresión y certificación de los programas.
4. Se solicitará a la Dirección de Gestión de Estudios, la confección del Certificado Analítico del peticionante y la copia del correspondiente Plan de Estudio.
5. Establecer que el plazo para la tramitación, será de diez (10) días hábiles, aproximadamente.
6. Una vez finalizada la tramitación, se citará al interesado vía mail, para el retiro de la documentación, la que deberán presentar en el Rectorado de la Universidad Nacional del Nordeste para la certificación de las firmas.

**ARTÍCULO 2°.-** Dejar sin efecto toda otra normativa que se oponga a la presente.-

**ARTÍCULO 3°.-** Regístrese, comuníquese y archívese.-

Prof. JUAN JOSÉ DI BERNARDO  
Secretario Académico

Prof. GERARDO GUAR LARROZA  
Decano

Cas.

*Respeto - Honestidad - Solidaridad - Responsabilidad Social.*



*Universidad Nacional  
del Nordeste*



**FACULTAD  
DE MEDICINA**  
Universidad Nacional  
del Nordeste

CORRIENTES,.....

Al señor Decano de la  
Facultad de Medicina de la  
Universidad Nacional del Nordeste  
**Prof. GERARDO OMAR LARROZA**  
S U                    D E S P A C H O

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con el objeto de solicitarle la entrega de la documentación que se detalla a continuación, para realizar la reválida/homologación de mi Título de Grado:

- CERTIFICACIÓN ACREDITATIVA DEL TÍTULO, con copia del Título
- CERTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS
- CERTIFICADO ANALÍTICO, donde conste el Promedio Histórico y Académico
- PLAN DE ESTUDIO DE LA CARRERA

Firma:.....

Aclaración de Firma:.....

D.N.I. N°:.....

Carrera:.....

L.U. N°:.....