

**Universidad de Costa Rica
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y
Seguridad Social**

**Proceso de Selección y Admisión II Convocatoria II etapa y I
Extraordinario para ingresar en el 2020¹**

**I. Resultados Finales II Convocatoria II etapa y I
Extraordinario, Proceso de Selección 2019-2020**

¹ La fecha de ingreso de los aspirantes que han aprobado el proceso de admisión en algunas especialidades se encuentra sujeto al complejo contexto interno que ha generado el COVID-19 en ciertos posgrados. Dadas estas condiciones de fuerza mayor, será la CCSS la que defina para estos casos particulares cuál será la fecha de ingreso, la cual podría ser en agosto 2020 o febrero 2021, y será notificado debidamente a las personas interesadas.

I. RESULTADOS FINALES II CONVOCATORIA II ETAPA Y I EXTRAORDINARIO, PROCESO DE SELECCIÓN 2019-2020

1. Solo las personas que obtuvieron una nota igual o mayor a 7.00, en una escala de 0 a 10, tienen aprobado este proceso.
2. La nota les será comunicada por medio del Sistema Web <http://ingresoppem.ucr.ac.cr>
3. Las plazas del CENDEISSS serán asignadas a los candidatos que aprueben el proceso de selección efectuado por la Universidad de Costa Rica, específicamente por el Programa de Posgrado de Especialidades Médicas (PPEM), de acuerdo a la nota obtenida (que sean mayor a 7.00), en orden descendente, es decir, de mayor a menor nota, hasta agotar las plazas disponibles para cada especialidad. Las plazas disponibles las podrá encontrar en el anexo 1 de este documento.
4. Las personas que ingresarán al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas deberán enviar para su empadronamiento los datos tal como se les indicará en el siguiente punto (**II. DOCUMENTOS**).

II. DOCUMENTOS

Del 18 al 20 de mayo del 2020 el estudiante admitido debe completar, imprimir, firmar y escanear los siguientes documentos y enviarlos **ÚNICAMENTE** en forma digital al siguiente correo electrónico: KATTYA.BONILLA@ucr.ac.cr, aportando la información que se le solicita en cada uno de forma clara y legible:

- a. Formulario IC13 ubicado en el anexo 2, el cual debe llenar siguiendo las indicaciones.
- b. Documento “Información Personal del Estudiante”, ubicada en el Anexo 3.
- c. Hoja del SISEP, indicando la Información personal del estudiante para SISEP Especialidades Médicas, que se encuentra en el Anexo 4.
- d. Una fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad o de residencia de libre condición, clara, legible y **vigente**.

Los estudiantes que en algún momento realizaron empadronamiento en la UCR deben estar al día en sus obligaciones financieras con la Universidad, tanto con la OAF como con las bibliotecas. Si existe alguna deuda la Oficina de Registro no realizará el trámite de empadronamiento.

III. INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Sobre el ingreso a la UCR-PPEM

- a. **FECHAS DE INGRESO Y HOSPITALES BASE:** Las fechas de ingreso al programa y los hospitales base² se les indicará en la carta de aceptación que se les enviará por correo electrónico durante la semana del 21 al 27 de junio del 2020.
- b. **INDUCCIÓN AL PPEM:** Posteriormente, se les estará enviando un correo electrónico con la información de cómo se llevará a cabo la inducción al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas (**la cual es de asistencia obligatoria**), actividad en donde se les explica la información que deben conocer como estudiantes del Programa a nivel administrativo, académico, legal, entre otros aspectos.

2. Sobre ingreso con la CCSS

- a. **VACACIONES:** Aquellos profesionales que tengan algún tipo de nombramiento activo con la CCSS, al momento de ingresar al Programa, **deberán hacerlo sin vacaciones pendientes**. Igualmente, al egresarse de su Especialidad deberán haber disfrutado todos sus períodos de vacaciones.
- b. **CONTRATO DE RETRIBUCIÓN SOCIAL:** De acuerdo al Reglamento que regula la relación del residente y su compromiso como especialista en ciencias de la salud con la Caja Costarricense del Seguro Social por medio del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, los residentes deben firmar un contrato que los compromete a laborar para la Institución un determinado número de años y en los sitios que la CCSS defina.
- c. **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO:** Los residentes activos que están concluyendo una especialidad e iniciarán otro posgrado y que además no hayan realizado el Servicio Médico Social Obligatorio como médicos generales, deberán realizarlo. Este requisito está sujeto a la indicación de la Gerencia Médica de la CCSS.
- d. **ESPECIALIDAD SUBSECUENTE:** Para optar por una segunda o tercera especialidad, la plaza se asignará siempre y cuando esté aprobada por la Gerencia Médica de la CCSS, en fiel cumplimiento del artículo 14 del “Reglamento que regula la relación del residente y su compromiso como especialista en ciencias de la salud con la Caja Costarricense de Seguro Social por medio del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

² Los hospitales base son asignados aleatoriamente por lo que no hay posibilidad de variarlos.

ANEXO 1 PLAZAS DISPONIBLES

ESPECIALIDAD	PLAZAS
Anestesiología Pediátrica	4
Anestesiología y Recuperación	8
Cardiología Pediátrica**	1
Cirugía Plástica y Reconstructiva	3
Cirugía Cardiovascular Torácica	3
Cirugía Torácica General	1
Dermatología	1
Ginecología Oncológica	2
Hematología	4
Infectología	2
Medicina Crítica y Terapia Intensiva**	4
Medicina Física y Rehabilitación	8
Medicina Materno Fetal	2
Nefrología	2
Neonatología	7
Neumología**	1
Oncología Médica	2
Oncología Quirúrgica	2
Otorrinolaringología	4
Radioterapia**	1

** Sin candidatos



INGRESO AL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Ciclo lectivo _____

1. _____
Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____

2. Recinto al que ingresa: _____ Descripción del recinto _____

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO	11	SEDE REGIONAL DEL ATLANTICO (Recinto de Guápiles)	33	SEDE REGIONAL DE LIMÓN (Recinto Siquirres)	52
SEDE REGIONAL DE OCCIDENTE (San Ramón)	21	SEDE REGIONAL DE GUANACASTE (Recinto de Liberia)	41	SEDE REGIONAL DEL PACÍFICO	61
SEDE REGIONAL DE OCCIDENTE (Tacarcos)	22	SEDE REGIONAL DE GUANACASTE (Recinto de Santa Cruz)	42	RECINTO DE GOLFITO	71
SEDE REGIONAL DEL ATLANTICO (Recinto de Turrialba)	31	SEDE REGIONAL DE LIMÓN (Recinto Limón)	51	RECINTO DE ALAJUELA	81
SEDE REGIONAL DEL ATLANTICO (Recinto de Paraiso)	32				

3. Solicita ingresar en la Carrera: _____ Descripción _____

4. Ciclo de ingreso: _____ año _____

OBSERVACIONES: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número telefónico casa de habitación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número telefónico celular

@

Dirección electrónica

Dirección del domicilio: _____

Firma de solicitud estudiante

SELLO Y FIRMA DE
RECIBIDO
OFICINA DE REGISTRO E
INFORMACIÓN

SELLO
SISTEMA DE ESTUDIOS
DE POSGRADO

____Firma Director(a) Unidad Académica

REVISADO POR: _____

Firma

AUTORIZADO POR: _____

Firma

DIGITADO POR: _____

Firma

Uso EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE REGISTRO E INFORMACIÓN

VERIFICADO POR: _____

Firma

--	--	--	--	--	--

Número de carné

--	--

No escriba en este espacio

No escriba en este espacio

--

Categoría de Estudiante

--	--	--	--	--	--

Código programa de posgrado

ANEXO 3 HOJA INFORMACIÓN PERSONAL

<https://ori.ucr.ac.cr/sites/default/files/archivos/2019/IPE.pdf>

ANEXO 4 HOJA SISEP



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Sistema de
Estudios de Posgrado

HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE PARA SISEP ESPECIALIDADES MÉDICAS

Nombre completo: _____

Admitido(a) en la Especialidad en: _____

Sexo: F() M() Carné Universitario N°: _____

N° Cédula / pasaporte: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono habitación: _____

Teléfono trabajo: _____ Ext.: _____

Teléfono celular: _____ Email: _____

Título Universitario:
(Nombre completo): _____

Universidad: _____
(Nombre completo, como aparece en el Título)

Certificado o Apostillado: SI

☐

NO

☐

Las personas extranjeras deben de presentar copia del Título Universitario e Historial Académico debidamente certificado o apostillado por el Consulado de Costa Rica en el país de origen.

Dirección domicilio: _____

Firma del Director(a)
Programa de Posgrado _____

Sello: