



**UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA**

PPEM Programa de Posgrado en
Especialidades Médicas

**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 etapa para ingresar en el 2017

**I. Resultados Finales II Convocatoria de II Etapa y
Extraordinario, Proceso de Selección 2016-2017**

I. RESULTADOS FINALES II CONVOCATORIA DE II ETAPA Y EXTRAORDINARIO, PROCESO DE SELECCIÓN 2016-2017

1. Solo las personas que obtuvieron una nota igual o mayor a 7.00, en una escala de 0 a 10, tienen aprobada esta II etapa.
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 en orden descendente (de mayor a menor), hasta agotar las plazas disponibles dadas por el CENDEISSS a cada especialidad (que sean mayor a 7.00). 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 presentarse el 07 de julio a las 8:00 a.m. en las instalaciones del CENDEISSS (**personas cuyos apellidos inicien con letras de la A a la K presentarse a las 8:00 a.m. y de la L a la Z a las 10:00 a.m.**) para realizar los trámites tanto académicos-administrativos con la UCR, como laborales-administrativos con la CCSS.
5. **DOCUMENTOS:** Usted deberá presentar los siguientes documentos:

5.1 Documentos UCR

- a. Hoja de “Información Personal del Estudiante”, la cual es un requisito para el empadronamiento y se encuentra en el siguiente enlace: http://ori.ucr.ac.cr/docs_descargar/IPE.pdf (Imprimir solo la primer hoja, la segunda es de instrucciones de llenado)
- b. Hoja del SISEP: Hoja de Información personal del estudiante para SISEP Especialidades Médicas (Anexo 2)
- c. Una fotocopia de la cédula de identidad o la cédula de residencia de libre condición, clara, legible y **vigente**.
- d. Los estudiantes que en algún momento realizaron empadronamiento con la Universidad de Costa Rica o fueron estudiantes activos deberán suministrarle al encargado(a) de la UCR el número de carné para verificar que no hay deudas pendientes con la OAF, si las hubiera deberá cancelarlas antes de empadronarse.

5.2 Documentos CCSS

- a. Traer llena la Hoja de Información General (Anexo 3)
- b. Traer llena la Hoja de autorización de deducciones (Anexo 4)
- c. Traer llena la Hoja de Beneficiarios (Anexo 5)
- d. Una fotografía tamaño pasaporte en traje formal, de frente.
- e. Una fotocopia de la cédula de identidad o la cédula de residencia de libre condición, clara, legible y **vigente**.
- f. Título de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos
- g. Título de incorporación al Colegio de Psicólogos de Costa Rica

- h. Copia de la constancia o carta de haber aprobado las pruebas del E.I.S (Equipo Interdisciplinario de Selección de la Caja). Deberán presentarla aquellos profesionales que ya las aprobaron con anterioridad. Los que nunca han trabajado para la Caja o tiene más de 6 meses de no hacerlo, deberán realizar estas pruebas a través de la Oficina de Recursos Humanos del Hospital Base que se les adjudica. Los que son trabajadores activos de la CCSS (hayan o no aprobado estas pruebas) deberán presentar una fotocopia del último nombramiento cuya fecha de conclusión no debe haber sobrepasado los seis meses. Los que no tengan la aprobación del EIS deberán realizar los exámenes antes del inicio del programa, de lo contrario este se iniciará en el II semestre del 2017.

6. INFORMACIÓN IMPORTANTE

6.1 Sobre ingreso con la UCR-PPEM

- a. **FECHAS DE INGRESO Y HOSPITALES BASE:** Las fechas de ingreso al programa y los hospitales base¹ se les indicará en la carta de aceptación que se les entregará el 07 de julio.
- b. **INDUCCIÓN AL PPEM:** el 31 de julio del 2017, a las 7:30 a.m. se efectuará en la Sala de Directores de la Escuela de Medicina, una inducción al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas, para los estudiantes que lograron su ingreso. **Es de carácter obligatoria la asistencia.**

6.2 Sobre ingreso con la CCSS

- c. **VACACIONES:** Aquellos profesionales que tengan algún tipo de nombramiento activo con la Caja, al momento de ingresar al Programa, **deberán hacerlo sin vacaciones pendientes.** Al egresar deberán haber disfrutado todos sus períodos de vacaciones.
- d. **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 DE SEGURO SOCIAL POR MEDIO DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS 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 Caja defina; el cual se firmará en la reunión del 07 de julio.

¹. Los hospitales base son asignados aleatoriamente por lo que no hay posibilidad de variarlos.

- e. SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO:** Presentar una certificación de haber realizado el Servicio Social Obligatorio de manera efectiva, como médicos generales, aportada por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Deberá indicarse que sí se realizó y no solo que se participó en la rifa. Los residentes activos que están concluyendo una especialidad e iniciarán otro posgrado en el 2017 y que además, no hayan realizado el Servicio Médico Social Obligatorio como médicos generales; deberán realizarlo en el 2017 (sujeto a la indicación de la Gerencia Médica de la CCSS).

- f. 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 con la Caja Costarricense de Seguro Social.

ANEXO 1 PLAZAS DISPONIBLES

Especialidad	# de plazas
Anatomía Patológica	1
Anestesiología Pediátrica	2
Anestesiología y Recuperación	18
Cardiología Pediátrica	1
Cirugía Cardiovascular Torácica	1
Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética	1
Gastroenterología	2
Hematología	1
Hematología Pediátrica	1
Infectología	1
Inmunología Clínica Médica (adultos y niños)	2
Medicina Crítica y Terapia Intensiva	2
Medicina de Emergencias	7
Medicina Extracorpórea	2
Medicina Física y Rehabilitación	4
Medicina Interna	5
Medicina Paliativa	2
Nefrología	1
Neonatología	3
Neurocirugía	2
Neurología	1
Oftalmología	2
Oncología Quirúrgica	2
Ortopedia y Traumatología Infantil	2
Patología Pediátrica	1
Psiquiatría	2
Psiquiatría Infantil	2
Radiología e Imágenes Médicas	7
Urología Pediátrica	1

ANEXO 2 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:

ANEXO 3



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social

HOJA DE INFORMACIÓN GENERAL

I APELLIDO

II APELLIDO

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

NACIONALIDAD

PROVINCIA

CANTÓN

DISTRITO

DIRECCIÓN EXACTA

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CASA

TRABAJO

CELULAR

FAX

OTRO

CORREO ELECTRÓNICO 1

CORREO ELECTRÓNICO 2

ESPECIALIDAD QUE REALIZA

ANEXO 4



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO
E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
(CENDEISS)



FONDO DE GARANTÍA DE RETRIBUCIÓN SOCIAL AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIONES

Nombre _____

Cédula N° _____ Residente en _____

Dirección Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Dirección exacta _____

Teléfono Habitación _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico _____

El suscrito, en apego al Reglamento del Fondo de Garantía de Retribución Social de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva el 1 de marzo del año 2012 en el artículo 21 sesión N° 8564, autorizo a la Caja para que retenga en cuotas mensuales consecutivas de mi salario base, establecido en la escala salarial semestral respectiva, un 8% correspondiente al Fondo de Garantía Retribución Social. Asimismo, autorizo a que la administración y custodia de los fondos y el rendimiento por estos generado, sea administrado por la entidad que la Caja designe como Administrador Institucional del Fondo de Garantía de Retribución Social, esto hasta que se mantenga la vigencia del Contrato de Retribución Social suscrito entre mi persona y la Caja.

En caso de que la retención, ya sea parcial o total, no pueda realizarse automáticamente, me comprometo a ponerme al día con el faltante en la forma que para tales efectos determine el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). También me comprometo a trasladar el comprobante del depósito efectuado a la Administración del CENDEISS, ubicado en San José, La Uruca, contiguo a la Clínica Oftalmológica de la Caja, en razón de ser mi contribución una garantía que respalda el Contrato de Retribución Social.

Firmo de conformidad y doy por aceptadas las condiciones establecidas en el documento suscrito y el Reglamento del Fondo de Garantía de Retribución Social, así como los lineamientos que el CENDEISS emita al respecto. Ciudad de San José a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Notificaciones: _____

Firma _____ Cédula _____

ANEXO 5



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO
E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
(CENDEISSS)



FONDO DE GARANTÍA DE RETRIBUCIÓN SOCIAL BENEFICIARIOS

En caso de mi fallecimiento, autorizo que el dinero ahorrado, más sus rendimientos, sean entregados a:

Nombre: _____

Cédula: _____

Parentesco: _____

Porcentaje de Beneficio: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Parentesco: _____

Porcentaje de Beneficio: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Parentesco: _____

Porcentaje de Beneficio: _____

Firma:

Sello de Oficina