



**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 2018**

**I. Resultados Finales II Etapa, Proceso de Selección 2017-2018**

## I. RESULTADOS FINALES II ETAPA, PROCESO DE SELECCIÓN 2017-2018

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 (que sean mayor a 7.00) en orden descendente (de mayor a menor), hasta agotar las plazas disponibles dadas por el CENDEISSS a cada especialidad. Las plazas disponibles las podrá encontrar en el anexo 1 de este documento.

En caso de existir empate en los resultados finales la plaza se asignará mediante rifa, a la que serán convocados los aspirantes que quedarán en dicha condición, la misma se realizará en presencia tanto de los aspirantes empatados por especialidad como de representantes del Posgrado en Especialidades Médicas y Caja Costarricense de Seguro Social.

4. Las personas que ingresarán al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas deberán presentarse el 29 de noviembre del 2017 en las instalaciones del CENDEISSS en el aula 1 y 2 (**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.**) a realizar los trámites tanto académicos-administrativos con la UCR, como laborales-administrativos con la CCSS.
5. En las siguientes especialidades se otorgaron como correctas (después de la segunda apelación en el sistema) las siguientes preguntas:

<b>Especialidad</b>	<b>Acción</b>	<b>Nº Pregunta</b>
DERMATOLOGÍA	Anulación de pregunta	4
DERMATOLOGÍA	Anulación de pregunta	5
DERMATOLOGÍA	Anulación de pregunta	10
DERMATOLOGÍA	Anulación de pregunta	25
DERMATOLOGÍA	Anulación de pregunta	26
PEDIATRÍA	Anulación de pregunta	6
PEDIATRÍA	Anulación de pregunta	8

## 6. DOCUMENTOS

Usted deberá presentar los siguientes documentos:

### 6.1 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](http://ori.ucr.ac.cr/docs_descargar/IPE.pdf)
- 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. Si usted se encuentra realizando el servicio social, debe presentar una constancia del Centro donde lo está realizando, que indique la fecha de conclusión del mismo (incluyendo vacaciones).
- e. Los estudiantes que en algún momento realizaron empadronamiento con la Universidad de Costa Rica o fueron estudiantes activos deberán suministrarle al encargado 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.

### 6.2 Documentos CCSS

- a. Traer llena la Hoja de Información General (Anexo 3)
- b. Traer llena la Hoja de autorización de deducciones (Anexo 4)
- c. Una fotografía tamaño pasaporte en traje formal, de frente.
- d. Una fotocopia de la cédula de identidad o la cédula de residencia de libre condición, clara, legible y **vigente**.
- e. **Título de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos:** Se deberá presentar copia del título de incorporación al CMC. Los médicos generales que se encuentren realizando el Servicio Social y que ingresarán al PPEM en febrero del 2018, deberán traer una copia a la Subárea de Posgrados al momento de obtenerlo.
- f. **Título de incorporación al Colegio de Psicólogos de Costa Rica:** Los psicólogos que no se encuentran aún incorporados contarán con dos meses de tiempo, a partir de su ingreso a la residencia, para presentar la fotocopia y el título original de la incorporación al Colegio.
- g. **Servicio Social:** Todos sin excepción deberán aportar una constancia emitida por el Colegio de Médicos y Cirujanos de haber realizado o No el Servicio Social.
- 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.

## 7. INFORMACIÓN IMPORTANTE

### 7.1 Sobre ingreso con la UCR-PPEM

- a. **FECHAS DE INGRESO Y HOSPITALES BASE:** Las fechas de ingreso al programa y los hospitales base<sup>1</sup> se les indicará en la carta de aceptación que se les entregará el 29 de noviembre del 2017.
- b. **INDUCCIÓN AL PPEM:** Se efectuará una inducción al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas (fechas en el cuadro a continuación), para los estudiantes que lograron su ingreso en el 2018. Es de carácter obligatoria la asistencia.

FECHA INGRESO	FECHA, HORA	LUGAR
Estudiantes que ingresan en Febrero 2018	29 de enero del 2018, 07:30 a.m.	Primera Planta del edificio anexo de la Escuela de Medicina
Estudiantes que ingresan en Agosto 2018	30 de julio del 2018, 07:30 a.m.	Primera Planta del edificio anexo de la Escuela de Medicina

### 7.2 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** (quienes no disfruten sus vacaciones antes de ingresar, se trasladará su ingreso al II semestre del 2018). 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 29 de noviembre del 2017 (ANEXO 5).
- 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.

---

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

## ANEXO 1 PLAZAS DISPONIBLES

ESPECIALIDAD	N° PLAZAS
Anatomía Patológica	2
Anestesiología y Recuperación	5
Cardiología	4
Cirugía General	9
Cirugía Pediátrica	2
Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética	1
Dermatología	4
Endocrinología	3
Gastroenterología	1
Geriatría y Gerontología	6
Ginecología y Obstetricia	10
Medicina Crítica y Terapia Intensiva	1
Medicina de Emergencias	10
Medicina Extracorpórea	2
Medicina Familiar y Comunitaria	8
Medicina Física y Rehabilitación	4
Medicina Interna	12
Medicina Materno Fetal	2
Medicina Paliativa	3
Nefrología	1
Neonatología	4
Neurocirugía	3
Oftalmología	6
Oncología Médica	2
Oncología Pediátrica	1
Oncología Quirúrgica	4
Ortopedia y Traumatología	8
Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	5
Pediatría	12
Psicología Clínica	6
Psiquiatría	4
Radiología e Imágenes Médicas	9
Radioterapia	1
Reumatología	1
Urología	3
Vascular Periférico	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  
(CENDEISSS)



### 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 (CENDEISSS). También me comprometo a trasladar el comprobante del depósito efectuado a la Administración del CENDEISSS, 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 CENDEISSS emita al respecto. Ciudad de San José a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Notificaciones: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_



## 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**