



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Subárea de Administración de Campos Clínicos, Internado y Posgrado

Teléfono: 2519-3000

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

## **Requisitos para solicitar el estudio de cumplimiento del Contrato de Retribución Social y devolución de los aportes al Fondo de Garantía de Retribución Social**

Presentar oficio dirigido al Dr. Juan Carlos Esquivel Sánchez, director del CENDEISSS, donde se solicita de certificación de cumplimiento del contrato y devolución de los aportes al FGRS, al cual se adjunte:

1. Certificación original emitida por Recursos Humanos de la CCSS, que indique:

1.1 Periodo en que realizó el cumplimiento del Contrato de Retribución Social y detalle de los nombramientos en dicho periodo, que contenga:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1.1.1 Fecha de inicio              | 1.1.6 Servicio                              |
| 1.1.2 Fecha de final               | 1.1.7 Centro                                |
| 1.1.3 Cantidad de días             | 1.1.8 Número de plaza                       |
| 1.1.4 Número de acción de personal | 1.1.9 Horario y jornada laboral desempeñada |
| 1.1.5 Nombre del puesto            |   |

1.2 Detalle de incapacidades durante el periodo, que contenga:

- 1.2.1 Fecha de inicio
- 1.2.2 Fecha de fin
- 1.2.3 Cantidad de días
- 1.2.4 Número de boleta

1.3 Detalle de licencias disfrutadas durante el periodo, que contenga:

- 1.3.1 Fecha de inicio
- 1.3.2 Fecha de fin
- 1.3.3 Cantidad de días
- 1.3.4 Número de documento

1.4 Detalle de los permisos con goce de salario y permisos sin goce de salario disfrutados durante el periodo, que contenga:

- 1.4.1 Fecha de inicio
- 1.4.2 Fecha de fin
- 1.4.3 Horas o días
- 1.4.4 Número de movimiento de personal u oficio



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Subárea de Administración de Campos Clínicos, Internado y Posgrado

Teléfono: 2519-3000

Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

2. Certificación original del Colegio de Profesional, en la que indique si cuenta con permisos temporales para ejercer como especialista. Esto en caso de haber iniciado retribución antes de su incorporación a dicho colegio.
3. Certificación original del Colegio Profesional, en la que indique la fecha de incorporación como especialista.
4. Certificación de cuenta bancaria (IBAN en colones) donde acreditar el dinero.

**TRAMITE DE DOCUMENTOS:**

Cuando estos documentos cuenten con firma digital se deben enviar al correo [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr) o con firma física, a la Subárea de Archivo y Correspondencia (COIN), ubicada en Barrio Don Bosco, Edificio Don Bosco, Oficinas Centrales, de lunes a jueves de 7:00am a 4:00pm y viernes de 07:00am a 03:00pm.