



**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 Convocatoria de II Etapa y  
Extraordinario, Proceso de Selección 2017-2018**

## I. RESULTADOS FINALES II CONVOCATORIA DE II ETAPA Y EXTRAORDINARIO, 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, en este proceso (extraordinario y II convocatoria 2017-2018, 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 con 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, las cuales son competencia exclusiva de la Caja Costarricense del Seguro Social según las necesidades de esta Institución.
4. Las personas que ingresarán al Programa de Posgrado en Especialidades Médicas, como resultado de estos procesos: “deberán presentarse el 12 de julio del 2018 en las instalaciones del CENDEISSS, 8:30 a.m. Este día se llevarán a cabo 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](http://ori.ucr.ac.cr/docs_descargar/IPE.pdf) (Imprimir solo la primera hoja, la segunda son las instrucciones para completarla)
- 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 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 2018.

## 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 base<sup>1</sup> se les indicará en la carta de aceptación que se les entregará el 06 de julio del 2018.
- b. **INDUCCIÓN AL PPEM:** el 30 de julio del 2018, a las 7:00 se efectuará en el Auditorio 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.** Quienes no disfruten sus vacaciones antes de ingresar, se trasladará su ingreso al II semestre del 2018. Al egresar del Posgrado 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 12 de julio del 2018.

---

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

- e. **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: (Los profesionales que ingresaron al Posgrado deberán)** Presentar una certificación de haber realizado el Servicio Social Obligatorio de manera efectiva, como médicos generales, el cual es emitido por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Este documento deberá indicar literalmente que sí realizó el servicio social obligatorio y no se aceptarán aquellos que indiquen que únicamente participó en la rifa. Los residentes activos que están concluyendo una especialidad e iniciarán otro posgrado en el 2018 y que, además, no hayan realizado el Servicio Médico Social Obligatorio como médicos generales; deberán realizarlo en el 2018 (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

<b>Especialidad</b>	<b># de plazas</b>
Dermatología	2
Medicina de Emergencias	4
Medicina Paliativa	1
Neurología	2
Psicología Clínica	2
Cardiología Pediátrica	1
Ginecología Oncológica	2
Hematología Pediátrica	1
Neonatología	2
Nefrología Pediátrica	1
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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.

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 Subárea de Posgrados y Campos Clínicos 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 \_\_\_\_\_



## 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**