**SOLICITUD DE INGRESO a la Escuela de Estudios de Postgrado 01.24**

**PROGRAMAS DE MAESTRÍAS Y ESPECIALIDADES (Residencias Médicas) /Facultad CCMM/USAC – AÑO 2024**

**MSc. Alfredo Moreno Quiñonez PhD.**

Director de la Escuela de Estudios de Postgrado

Facultad de Ciencias Médicas/USAC

Por este medio solicito mi ingreso a la Escuela de Estudios de Postgrado que usted dirige, sabiendo que debo someterme a un proceso de selección para completar la aprobación de mi aceptación y ser autorizada mi inscripción a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se adjunta expediente con documentos requeridos en la convocatoria oficial 2024.

****

**DATOS GENERALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Primer Apellido | Segundo Apellido (no de casada) | Nombres |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |
| Dirección  |  AREA - Teléfono | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |
| Haga clic aquí para escribir su fecha de nacimiento. |  Elija un país.  |  Elija un elemento. |         |  Elija una letra si corresponde        |
|  FECHA DE NACIMIENTO  |  PAIS DE NACIONALIDAD | ESTADO CIVIL | CUI (nacionales) PASAPORTE (extranjeros) |
|  |
| Elija una Universidad. | Elija un año |       |
| Universidad EN LA QUE OBTUVO EL TíTULO DE MÉDICO(A) Y CIRUJANO(A) | AÑo de Graduación | NÚMERO DE COLEGIADO del COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE GUATEMALA |
| **DATOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN (elija un programa)** |
| Elija un programa.**Primera Maestría o Especialidad** | Elija un programa.**Segunda Maestría o Especialidad** | Elija un hospital |
|  INDIQUE LA MAESTRÍA O ESPECIALIDAD a lA que desea ingresar (solo puede seleccionar una opción de lo contrario no se procesará la solicitud) | Hospital al que desea ingresar(verifique en la convocatoria que esté disponible el programa en el hospital) |
| ***Si usted realiza o realizó estudios de postgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala previamente indique lo siguiente: nombre de programa, hospital y año de egreso o de retiro.*** |
|  | Elija un hospital | Elija un año  | Elija un año. |
| Nombre del Programa | Hospital  | año de egreso | año de retiro |

|  |
| --- |
| ***Si usted realiza o realizó estudios de postgrado de residencia médica en hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con reconocimiento de universidad privada del país Guatemala, indique lo siguiente: nombre de programa, hospital y año de egreso o de retiro.*** |
|  | Anotar nombre de hospital. | Elija un año  | Elija un año. |
| Especialidad | Hospital  | año de egreso | año de retiro |

**Restricciones institucionales de casos especiales, que rigen en el Proceso de Selección para ingreso a las residencias médicas en el ciclo lectivo 2025, que pueden anular la solicitud de ingreso a la Escuela de Estudios de Postgrado.**

**PRIMERAS MAESTRÍAS**

**Podrán participar de manera condicionada:**

1. **Médico(a) graduado(a) en el año 2024 que presente Acta de Graduación (si no cuentan con título impreso), más colegiado condicionado del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.**
2. **Estudiante de Licenciatura de Medicina en universidad de Guatemala, con constancia de cierre de pensum, que presente oficio exprofeso o certificación oficial de la universidad donde efectuó estudios de medicina, en el que señale que la médica o el médico aspirante presentará, antes del 1 de diciembre de 2024 su examen profesional y/o el Proceso de Titulación. (si no completa graduación se excluirá del proceso de selección)**

**El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) podrán admitir médicos(as) nacionales que obtuvieron título de licenciatura de Medicina en el extranjero, únicamente si cuentan con incorporación al país, homologación del título según normativa vigente y contar con colegiado activo en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.**

**SEGUNDAS MAESTRÍAS o ESPECIALIDAD**

**Podrán participar de manera condicionada Residentes con Examen Privado de tesis aprobado y fecha de graduación comprobable anterior a marzo 2025.**

**USAC no se permite participar a médicos(as) que: se encuentren inscritos en otro programa de residencia médica USAC en 2024 (excepción si el participante se encuentra cursando el último año de primera maestría), y que hayan estado inscritos en 2 hospitales en el mismo programa.**

**MSPAS e IGSS: No contratará participantes aceptados que ya han cursado la misma especialidad en otro hospital de su institución.**

**IGSS: No aceptan a participantes que fueron indemnizados en los últimos 3 años por esta institución.**

**MÉDICOS(AS) EXTRANJEROS(AS)**

**Se aceptarán expedientes de solicitud de ingreso, si cuenta con los siguientes documentos con apostille: Título Profesional que avale la licenciatura de Medicina extendido por universidad reconocida por USAC, certificación general de estudios de grado para PRIMERA Maestría o Especialidad, y Certificación General de estudios de postgrado para SEGUNDA Maestría o Especialidad deben contar firma de la autoridad que expide el documento (Rector, Secretario o Registrador), constancia que indique estar habilitado en forma legal para ejercer la profesión universitaria en su país en el 2024 y constancia oficial de ayuda económica de institución estatal o privada por el tiempo que dure el programa de residencia médica.**

**No se aceptará a participantes extranjeros que hayan participado en proceso de años anteriores y presentaron retiro posterior a ser aceptados.**

**MSPAS**

**Podrá admitir médicos no guatemaltecos que realizarán contrato como estudiante de universidad que avala sus estudios, el cual no conlleva remuneración (Acuerdo Ministerial 259-2019)**

**IGSS incluye en el proceso de selección a médicos extranjeros que estén nacionalizados guatemaltecos que cuenten con DPI y colegiado médico de Guatemala.**

**DECLARO que la información indicada es verídica, que conozco las restricciones de la Normativa de la Escuela de Estudios de Postgrado e instituciones hospitalarias para participar en el proceso de selección, caso contrario asumo por falsedad la reesponsabilidad legal y causal de retiro del proceso de selección 2024-2025; así también DECLARO que he leído las restricciones de casos especiales para poder participar.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Haga clic aquí para escribir una fecha.

***ORIGINAL Colocar como primera hoja del Expediente PDF para participar en proceso de selección de residencias médicas.***

***COPIA Archivo Personal***

***Editor/Dr. Luis Ruiz-CGME 2024©***