



Requisitos para Cambios de Categoría

Diplomado:

Requisitos:

- ❖ Dos fotos tamaño pasaporte (de **frente** con ropa de color, ya que el fondo del carnet es blanco)
- ❖ Copia a color de la cédula por ambos lados.
- ❖ Carta dirigida a la Junta Directiva solicitando el cambio a la categoría.
- ❖ Llenar boleta de Cambio de categoría
- ❖ Cancelar ₡ 5.650, estar activo y al día con las cuotas (El pago se hace en el momento de entregar los documentos).
- ❖ 2 formularios de referencia firmado por Microbiólogos incorporados y activos al Colegio
- ❖ Presentar **copia a color y original del título de diplomado.**

Técnico 1:

Requisitos:

- ❖ Dos fotos tamaño pasaporte (de **frente** con ropa de color, ya que el fondo del carnet es blanco)
- ❖ Copia a color de la cédula por ambos lados.
- ❖ Carta dirigida a la Junta Directiva solicitando el cambio a la categoría.
- ❖ Llenar boleta de Cambio de categoría
- ❖ Cancelar ₡ 5.650, estar activo y al día con las cuotas (El pago se hace en el momento de entregar los documentos).
- ❖ 2 formularios de referencia firmado por Microbiólogos incorporados y activos al Colegio
- ❖ Poseer al menos una de las siguientes condiciones:

A. Derogado

B- Estudiante universitario con el tercer año aprobado de la carrera de Licenciatura en Microbiología y Química Clínica, de una institución académica reconocida por el Ministerio de Educación o por el Consejo Nacional de Educación Superior Privada, según corresponda. Además, los laboratorios donde se realizarán la formación práctica deben contar con el aval de la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos Químico Clínicos de Costa Rica y tener la estructura académica, infraestructura, equipamiento y condiciones de bioseguridad para garantizar esa formación práctica.

C-Haber aprobado el 75% del plan de estudios de un programa de diplomado universitario o parauniversitario del área de Microbiología y Química Clínica. Tanto el ente académico como su programa deben estar previamente reconocidos por el Ministerio de Educación, por el Consejo Superior de Educación o por el Consejo Nacional de Educación Superior Privada, según corresponda. Además, debe tener la estructura académica, infraestructura, equipamiento y condiciones de



COLEGIO DE MICROBIOLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

bioseguridad. Además, los laboratorios donde se realizarán la formación práctica deben contar con el aval de la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos Químico Clínicos de Costa Rica y tener la estructura académica, infraestructura, equipamiento y condiciones de bioseguridad para garantizar esa formación práctica, para garantizar su formación del técnico.

(Las certificaciones aportadas deberán ser en original con las respectivas formalidades de ley). En ambos casos se deberá aportar certificación del ente académico o declaración jurada del Regente del establecimiento donde realizó la práctica que acredite que el solicitante ha cumplido con al menos 25 horas de sangrado y que por tanto cuenta con los requerimientos básicos de flebotomía.

Técnico 2:

Requisitos:

- ❖ Dos fotos tamaño pasaporte (de **frente** con ropa de color, ya que el fondo del carnet es blanco)
- ❖ Copia a color de la cédula por ambos lados.
- ❖ Carta dirigida a la Junta Directiva solicitando el cambio a la categoría.
- ❖ Llenar boleta de Cambio de categoría
- ❖ Cancelar ₡ 5.650, estar activo y al día con las cuotas (El pago se hace en el momento de entregar los documentos).
- ❖ 2 formularios de referencia firmado por Microbiólogos incorporados y activos al Colegio
- ❖ Poseer la siguiente condición:

A- Derogado

Estudiante universitario con el cuarto año aprobado de la carrera de Licenciatura en Microbiología y Química Clínica, de una institución académica reconocida por el Ministerio de Educación o por el Consejo Nacional de Educación Superior Privada, según corresponda. Además, los laboratorios donde se realizarán la formación práctica deben contar con el aval de la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos Químico Clínicos de Costa Rica y tener la estructura académica, infraestructura, equipamiento y condiciones de bioseguridad para garantizar esa formación práctica.

(Las certificaciones aportadas deberán ser en original con las respectivas formalidades de ley). aportar certificación del ente académico o declaración jurada del Regente del establecimiento donde realizó la práctica que acredite que el solicitante ha cumplido con al menos 25 horas de sangrado y que por tanto cuenta con los requerimientos básicos de flebotomía.

Todos los documentos deben de presentarse en forma física en las oficinas del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica.

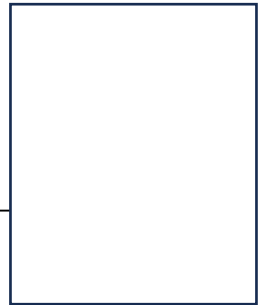
NOTA IMPORTANTE: Si presentan algún documento con firma digital, este debe ser enviado a plataforma@microbiologos.cr para que la firma sea verificada.

Pueden usar este enlace para asegurarse de que la firma digital funcione correctamente:
<https://www.centraldirecto.fi.cr/spa/Bccr.Firma.InformacionPublica.CD.SPA#/>



COLEGIO DE MICROBIOLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

FORMULARIO SOLICITUD DE CAMBIO DE CATEGORÍA



Nombre completo: _____

Numero de documento de identidad: _____

Estado civil: _____

Dirección exacta: _____

Provincia: _____ Cantón _____ Distrito _____

Teléfono de Habitación _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono de lugar de trabajo _____

Categoría que requiere: Técnico 1 () Técnico 2 () Asistente Diplomado ()

Código anterior: _____

Carrera que cursa o finalizada: _____

Institución: _____

Fecha de graduación: _____

Fecha de certificación aportada en caso de no contar con el título: _____

.....

Para uso exclusivo del Colegio de Microbiólogos

Aprobado en sesión: _____ Fecha: _____

Acuerdo: _____ Tomo: _____ folio: _____ Código: _____



COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

FORMULARIO DE REFERENCIA

Nombre del Interesado: _____

Número de identidad: _____

Para registro como: Asistente Técnico: _____ Técnico 1: _____

Técnico 2: _____ Asistente Diplomado: _____

Nombre del Microbiólogo que recomienda: _____

Código de Colegiado: _____

Centro de Trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____

Lo ha capacitado Usted: Sí ___ No ___ Tiempo de entrenamiento: _____

Fechas exactas de inicio y finalización de las prácticas: _____

Capacitación que dio como Microbiólogo a cargo: _____

Laboratorio o áreas donde ha entrenado: _____



COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

Funciones que el interesado está capacitado para realizar (conocimiento y destreza):

Otras labores en que ha recibido capacitación relacionada con el Laboratorio:

Observaciones: _____

El suscrito: _____ en mi calidad de Profesional en Microbiología en el área de: _____ declaro que la información suministrada es ofrecida de manera voluntaria y declaro que los datos son legítimos y verdaderos, y los he dado bajo la fe de juramento.

Nombre del Microbiólogo responsable

Código MQC

Firma

Fecha