



## INSTRUCCIONES GENERALES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE EXAMEN

No se considerará ninguna solicitud que no esté acompañada de los documentos requeridos.

1. Favor de llenar este formulario con tinta en letra de molde.
2. Indique claramente el título del examen que solicita. Llene una solicitud por cada examen que interese tomar.
3. No deje encasillados en blanco, en aquellos que no apliquen escriba las letras N/A (no aplica). Aquella solicitud que no esté debidamente completada no será procesada.
4. Debe incluir con la solicitud, evidencia de la preparación académica tales como diplomas, transcripción de créditos, certificación de estudios, licencias, colegiación, adiestramientos, seminarios o cursos especializados.
5. Los candidatos que indiquen poseer experiencia deberán incluir una certificación de la agencia o empresa donde trabaja o haya prestado servicios que incluya lo siguiente:
  - a. Posiciones ocupadas por el solicitante
  - b. Sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial.
  - c. Fechas exactas en que adquirió las experiencias (día, mes y año) y cantidad de horas trabajadas si se trata de un empleado a jornada parcial.
  - d. Descripción de las funciones o deberes.
6. Para reclamar la preferencia de veteranos o los derechos que ofrece la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos deberá someter lo siguiente:
  - a. Para la preferencia de veteranos deberá incluir la evidencia de la Forma 214.
  - b. Para la Ley Núm. 81, supra deberá completar el formulario adjunto y entregarlo con su solicitud. **(En caso de que el candidato cualifique para ambas situaciones, se concederá puntuación por una sola reclamación).**
7. Revise cuidadosamente cada uno de los encasillados contestados por usted. Asegúrese de firmar la solicitud en tinta.
8. Para cumplir con las disposiciones del Artículo 6, Sección 6.3, Subinciso 1 (c), de la Ley 184 de 3 de agosto de 2004, enmendada, conocida como Ley para la Administración de los Recursos Humanos en el Servicios Público, todo solicitante a empleo deberá presentar una certificación de radicación de planilla de contribución sobre ingresos de los últimos cuatro (4) años previos a la solicitud de empleo, si estaba obligado a rendir la misma. De no haber tenido que rendir planilla, deberá solicitar al Departamento de Hacienda la certificación correspondiente.
9. Toda persona que reciba beneficios de algún programa de asistencia económica gubernamental, y desee que se le otorguen cinco (5) puntos adicionales a la calificación obtenida en la evaluación, deberá completar la Solicitud de Preferencia para Personas Beneficiarias de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental, adjunta. Deberá además, someter con su Solicitud de Examen, una certificación del programa de gobierno del cual recibe beneficios que no exceda de treinta (30) días de expedida.

**Para obtener información adicional sobre el contenido de este aviso y para las Solicitudes de Empleo, favor de comunicarse con la Oficina de Recursos Humanos al (787) 781-4300 ext. 2018, 2021.**



Esta Oficina Provee Igualdad de Oportunidad en el Empleo

PARA USO DE LA AGENCIA  
Nota Examen: \_\_\_\_\_  
Pref. Veterano: \_\_\_\_\_  
Pref. Impedido: \_\_\_\_\_  
Beneficios Ley 1: \_\_\_\_\_  
Desempe: \_\_\_\_\_

Las agencias del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ofrecen los siguientes beneficios:

- Oportunidades de Ascenso
- Licencias con Sueldo
- Beneficios de Retiro
- Viajes Culturales
- Bono de Navidad
- Oportunidades de Estudio
- Seguridad en el Empleo
- Préstamos para Hogares
- Premios por Mejoras Administrativas
- Aportación para Servicios de Salud

### SOLICITUD DE EXAMEN

1. Título del Examen \_\_\_\_\_ 2. Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

4. Dirección donde usted recibe la correspondencia: \_\_\_\_\_

5. Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Residencia Trabajo Zona Postal

6. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7. Sexo:  F  M  
Día Mes Año

8. Si ha trabajado para el Gobierno, indique el número de años de servicios: \_\_\_\_\_

9. ¿Ha tomado este examen anteriormente?  Sí  No

10. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No

*Los ciudadanos americanos naturalizados deben mostrar el certificado de naturalización; extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los Estados Unidos deben presentar documento vigente de autorización para empleo.*

11. Indique si tiene alguna condición que requiera acomodo razonable para tomar el examen o si desea que se le considere para los beneficios de la Ley Núm. 81 de 27 de julio de 1996, Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos, en cuyo caso deberá completar el formulario adjunto. (Ofrecer esta información es voluntaria).

12. Veterano: Sí  No  Veterano Incapacitado: Sí  No

¿Tiene preferencia establecida en ORHELA? Sí  No

*Para reclamar preferencia de veterano deberá llenar el formulario adjunto y someter certificación de licenciamiento u otros documentos acreditativos.*

13. Tipo de nombramiento que aceptaría:  Regular  Transitorio  Jornada Parcial

#### PREPARACIÓN ACADÉMICA

14. ¿Se graduó de escuela superior o su equivalente? Sí  No  Fecha: \_\_\_\_\_

15. Si la contestación a la pregunta anterior es **no**, circule el grado más alto aprobado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

16. Si se graduó, indique curso aprobado:  General  Dactilógrafo  Secretarial  Oficinista de Contabilidad  
 Otro \_\_\_\_\_

17. Nombre y dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

18. Universidades, Escuelas Comerciales o Vocacionales a las que haya asistido

Institución	Fecha		Créditos Aprobados	Se Graduó		Año	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
	Desde	Hasta		Sí	No			

19. Si estudió en instituciones fuera de Puerto Rico, indique nombre y dirección: \_\_\_\_\_

20. Indique los créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el examen que solicita: \_\_\_\_\_

21. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita.

Institución	Título del Curso	Duración del Curso

22. Información necesaria para ejercer una profesión u oficio.

Licencia	Número	Fecha Expedida	Fecha de Vencimiento	Promedio Juris Doctor	Nota Reválida General

**EXPERIENCIA**

Incluya una relación de su experiencia comenzando con su último empleo, de ser necesario utilice una hoja adicional :  
Sea específico indicando puestos, fechas y salarios.

Continúa al dorso

Título Oficial del Puesto \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Patrono \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) Supervisor(a) Inmediato(a) \_\_\_\_\_

F E C H A	DESDE			HASTA		
	día	mes	año	día	mes	año

Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, escriba las clasificaciones del personal a su cargo. Indique si el puesto ocupado era:  Regular  Probatorio  Servicio de Confianza  Contrato  Transitorio  Otros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trabajo Jornada Parcial \_\_\_\_\_ hrs.

Salario Final \$ \_\_\_\_\_  mes,  semanal,  Hr.

Título Oficial del Puesto \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Patrono \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) Supervisor(a) Inmediato(a) \_\_\_\_\_

F E C H A	DESDE			HASTA		
	día	mes	año	día	mes	año

Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, escriba las clasificaciones del personal a su cargo. Indique si el puesto ocupado era:  Regular  Probatorio  Servicio de Confianza  Contrato  Transitorio  Otros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trabajo Jornada Parcial \_\_\_\_\_ hrs.

Salario Final \$ \_\_\_\_\_  mes,  semanal,  Hr.

Título Oficial del Puesto \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Patrono \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) Supervisor(a) Inmediato(a) \_\_\_\_\_

F E C H A	DESDE			HASTA		
	día	mes	año	día	mes	año

Describa en forma concisa y exacta sus deberes. Si ha realizado funciones de supervisión, escriba las clasificaciones del personal a su cargo. Indique si el puesto ocupado era:  Regular  Probatorio  Servicio de Confianza  Contrato  Transitorio  Otros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trabajo Jornada Parcial \_\_\_\_\_ hrs.

Salario Final \$ \_\_\_\_\_  mes,  semanal,  Hr.

**23. CONTESTE SI O NO**

- ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_
  - ¿Ha sido convicto por delito grave (Felony) \_\_\_\_\_ Indultado \_\_\_\_\_ o su sentencia conmutada? \_\_\_\_\_
  - ¿Ha sido destituido de algún puesto público? \_\_\_\_\_
  - ¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico? \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.**

24. ¿Ha sido declarado inelegible para el servicio público por concepto de estudios realizados mediante becas o licencias con sueldo?  
 Sí  No

Indique período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

25. Declaro que la información incluida por mi en este formulario es exacta y verídica y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que, de descubrirse falsedad o fraude, mi solicitud de examen podrá ser denegada y mi nombre eliminado del registro de elegibles y de haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe.

Fecha

Firma

**PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

ACCIÓN TOMADA:  ACEPTADA  DEVUELTA  DENEGADA POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

AÑO	MESES	PUNTOS	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	REQUISITOS MÍNIMOS _____
				EXPERIENCIA ADICIONAL _____
				PREPARACIÓN ADICIONAL _____
				_____
				ENTREVISTA _____
				EXAMEN ESCRITO _____
				TOTAL _____
TOTAL				_____
			FECHA	EVALUADO POR