



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 Oficina del Comisionado de Seguros
 B5 Calle Tabonuco
 Suite 216 PMB 356
 Guaynabo, PR 00968-3029
 Oficina de Recursos Humanos
 y Asuntos Laborales

PONCHE DE RECIBO

SOLICITUD DE EXAMEN

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO
 Acción Tomada**

Al evaluar su solicitud se tomará en consideración: los requisitos de la clase, la experiencia, preparación adicional y los cursos o adiestramientos que ha tomado y que estén relacionados al puesto para el cual solicita el examen.

Aceptada Denegada Devuelta
 Fecha Evaluación (d/m/a): _____

Esta Oficina provee igualdad de oportunidad en el empleo.

Analista: _____

INSTRUCCIONES:

- ✓ Escriba en letra de molde
- ✓ Complete la solicitud en todas sus partes
- ✓ Indique claramente el Título del Examen que solicita
- ✓ Llene una solicitud por cada examen que interesa tomar
- ✓ Incluya sólo fotocopias de su evidencia
- ✓ Incluya Certificación de Radicación de Planillas
- ✓ Los candidatos que indiquen tener experiencia en empresas privadas, excluidas de las disposiciones de la Ley para la Administración de los Recursos Humanos del Servicio Público, deberán acompañar con su solicitud de examen, una certificación de la Agencia o Empresa donde haya prestado sus servicios. Esta debe incluir lo siguiente:
 - Puestos ocupados
 - Sueldo
 - Fechas exactas en que ocupó cada puesto (entiéndase fecha de comienzo y terminación)
 - Descripción detallada de deberes y naturaleza de trabajo
- ✓ Si posee experiencia en otra agencia del servicio público, favor de incluir la hoja de deberes de cada puesto y las fechas exactas en que ocupó cada puesto (entiéndase fecha de comienzo y terminación)

1. INFORMACION CONVOCATORIA

Título del Examen que solicita, según se anuncia en la convocatoria: _____	¿Ha tomado este examen anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar la desventaja, se les puede ofrecer la prueba bajo otras circunstancias. Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones: <input type="checkbox"/> No Vidente <input type="checkbox"/> No Auditivo <input type="checkbox"/> Uso de Silla de Ruedas <input type="checkbox"/> Otra: _____	

2. INFORMACION PERSONAL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos del Solicitante: _____	Últimos cuatro (4) dígitos del Seguro Social: xxx-xx-_____
Dirección Postal: _____ Pueblo, País Código Postal	Número de Teléfono: Celular: (____) _____ - _____ Casa: (____) _____ - _____ Trabajo: (____) _____ - _____ Otro: (____) _____ - _____
Correo Electrónico: _____	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino *Ofrecer esta información es voluntaria. Esta será utilizada sólo para propósitos estadísticos.

3. ADJUDICACION DE PREFERENCIA (FAVOR INCLUIR EVIDENCIA)

Usted no está obligado(a) a suministrar la siguiente información; pero tiene derecho hacerlo a los efectos de recibir los beneficios de preferencias establecidas por ley. Su información será mantenida de forma confidencial.

<p>Preferencia de Persona con Impedimento: Se otorga el beneficio de cinco (5) puntos sobre la nota de pase a toda persona con impedimentos cualificada. Para solicitar éste, deberá incluir un certificado médico con no más de doce (12) meses de expedición u otra evidencia que acredite la condición. *No aplica a personas con preferencia de veteranos ¿Solicita este beneficio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Preferencia Beneficiarios de Asistencia Económica Gubernamental: La Ley Núm. 1-2004, otorga el beneficio de 5 puntos o el 5%, lo que sea mayor, de la puntuación total del examen, adicionales a la nota de pase obtenida por una persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental, que se entren bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral (P.RO.W.R.A) en Puerto Rico y Ley Federal Núm. 104-193-1996. ¿Solicita este beneficio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

Preferencia de Veteranos:
 Las personas elegibles a Preferencia de Veterano que deseen reclamar su derecho de preferencia deberán presentar copia de la certificación de licenciamiento honorable (Forma 214) u otros documentos acreditativos con su solicitud de examen.
Veterano: Sí No

Iniciales: _____

4. PREPARACION ACADEMICA (FAVOR INCLUIR EVIDENCIA)

Escuela	Nombre de Institución Académica	Concentración	¿Se graduó?	¿Qué año confirió el grado?
Escuela Superior	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Grado Técnico	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Grado Asociado	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Bachillerato	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Maestría	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Juris Doctor	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Doctorado	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

5. CURSOS Y ADIESTRAMIENTOS (FAVOR INCLUIR EVIDENCIA)

Institución	Título del Curso	Horas Crédito
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. LICENCIAS (FAVOR INCLUIR EVIDENCIA)

Tipo de Licencia	Número	Fecha de Expedición	Fecha de Expiración
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. EXPERIENCIA DE TRABAJO (FAVOR INCLUIR EVIDENCIA)

Incluya una relación de su experiencia comenzando con su ultimo empleo, de ser necesario utilice una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Sea específico indicando puestos, fechas y salarios.

Periodo (d/m/a)	Información del Puesto	Servicio	Salario
Desde Hasta	Título oficial del puesto:	<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Jornada	Inicial: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
¿Es empleado(a) actualmente por este patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oficina:	Parcial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Otro:	Final: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
	Supervisor:		
	Patrono:		

Describa en forma concisa y exacta sus deberes, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

Periodo (d/m/a)	Información del Puesto	Servicio	Salario
Desde Hasta	Título oficial del puesto:	<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Jornada	Inicial: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
¿Es empleado(a) actualmente por este patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Oficina:	Parcial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Otro:	Final: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
	Supervisor:		
	Patrono:		

Describa en forma concisa y exacta sus deberes, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

Periodo (d/m/a)		Información del Puesto	Servicio	Salario
Desde	Hasta	Título oficial del puesto:	<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Jornada <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Otro: _____	Inicial: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
		Oficina:		Final: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
¿Es empleado(a) actualmente por este patrono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Supervisor: Patrono:		

Describa en forma concisa y exacta sus deberes, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión.

8. DESTREZAS Y HABILIDADES

PROGRAMAS DE COMPUTADORAS (Marque con una "X")

Programa	Avanzado	Intermedio	Básico
Microsoft Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Power Point	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Outlook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Access	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peachtree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quickbooks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDIOMAS

Idioma	Leer	Escribir	Hablar
Español	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico
Inglés	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico
Otro	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Básico

9. CONTESTE SI O NO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Ha sido destituido del gobierno? Sí No

Si su respuesta anterior fue sí: ¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por OCLARH? Sí No
En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

¿Está legalmente autorizado para trabajar en Puerto Rico? Sí No

¿Tiene algún familiar trabajando en la Oficina del Comisionado de Seguros?
Nombre Familiar: _____ División: _____ Sí No

¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? Sí No

¿Ha sido convicto por delito grave, indultado o su sentencia conmutada? Sí No

10. DECLARACION JURADA

Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia ni soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea y organización que abogue por ello. Declaro además, que la información ofrecida por mí 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 si se descubriera falsedad o fraude en la información antes expuesta, 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.

Entiendo que en la Oficina del Comisionado de Seguros es condición de empleo el someterse a la prueba de detección de sustancias controladas, según dispone la Ley Núm 78-1997, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo Público".

Firma del solicitante

Fecha d/m/a

Iniciales: _____