



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras

Dirección Postal: PO Box 11855 San Juan, Puerto Rico 00910-3855
Dirección Física: Edificio Centro Europa, Suite 600, Ave. Ponce de León 1492, San Juan, PR 00907-4024
(Frente al Centro de Bellas Artes en Santurce)
Teléfono 723-3131 x 2372, 2249 - Dirección Electrónica: www.ocif.pr.gov

SOLICITUD DE EXAMEN

Convocatoria a Examen Núm. (Apertura)

Título del Puesto Solicitado

1. Título del examen (o puesto) que solicita, según se anuncia en la Convocatoria a Empleo:
2. ___ Ingreso ___ Ascenso ___ Traslado
3. Nombre:
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial
4. Seguro Social: (indique últimos 4 dígitos)
5. Dirección Postal:
6. Teléfonos: Residencia Trabajo Celular
Horario Horario
Correo electrónico
7. ¿Ha tomado este examen anteriormente?
Sí No Fecha:
8. Tipo de nombramiento que aceptaría:
___ Regular ___ Transitorio ___ Jornada Parcial
9. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? ___ Sí ___ No
10. ¿Posee usted tarjeta de residente? ___ Sí ___ No
11. ¿Si naturalizado, indique fecha y lugar:
12. ¿Está usted legalmente autorizado(a) para trabajar en este país? ___ Sí ___ No
De ser seleccionado(a) para empleo se le exigirá la prueba de ciudadanía y/o status en inmigración.
El propósito, de requerir esta información, es para asegurarnos que estamos actuando a tenor con la ley, de extender nombramiento para empleo.
13. Algunos(as) aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones.
Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:
___ No vidente ___ Audio-impedido(a) ___ Uso de silla de ruedas ___ Otra: ¿Cuál?
14. Indique si solicita preferencia de veterano, veterano incapacitado, persona con impedimento o persona beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental. Deberá incluir evidencia de su condición de veterano, veterano incapacitado, persona con impedimento o beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental que se encuentran bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de Personal y Oportunidad Laboral de Puerto Rico, Ley Pública Federal Número 104-193 de 22 de agosto de 1996.
___ Preferencia Veterano ___ Preferencia Veterano Incapacitado ___ Preferencia de Persona con Impedimento
___ Preferencia Persona Beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica que se encuentran bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de Personal y Oportunidad Laboral de Puerto Rico, Ley Pública Federal, Número 104-193 de 22 de agosto de 1996. (Programa TANF). Este Programa de Asistencia Económica no es el Programa de Cupones.
___ No aplica
15. Tipo de licencia de conducir (si el puesto requiere guiar). Número Categoría
Estado Fecha de Expiración

16. Experiencias de Empleo: Si alguna(s) **obtenida(s) en fecha posterior à obtener el grado académico.** Indique comenzando con la más reciente. Someta una certificación de experiencia de cada patrono privado o agencia pública, **en copia**, al radicar la solicitud de examen, si dispone de la misma.

Título Oficial del Puesto _____	Nombre y dirección del patrono _____ _____	Nombre del supervisor inmediato y teléfono(s) o celular(es) _____ _____
Indique el número de horas trabajadas diariamente en este empleo: _____	_____ _____	_____ _____
Indique si el empleo era a () jornada regular o a () jornada parcial.	_____	_____

Resuma los deberes y responsabilidades del puesto, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión:

Duración del empleo Desde	Hasta
_____	_____
Día Mes Año	Día Mes Año

De haber adquirido esta experiencia en el servicio público, indique si era: () empleado de carrera o () de confianza. Indique su estatus en el empleo: () permanente () confidencial () transitorio o () irregular.

Razón para abandonar el empleo: _____

Título Oficial del Puesto _____	Nombre y dirección física del patrono _____ _____	Nombre del supervisor inmediato y teléfono(s) o celular(es) _____ _____
Indique el número de horas trabajadas diariamente en este empleo: _____	_____ _____	_____ _____
Indique si el empleo era a () jornada regular o a () jornada parcial.	_____	_____

Resuma los deberes y responsabilidades del puesto, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión:

Duración del empleo Desde	Hasta
_____	_____
Día Mes Año	Día Mes Año

De haber adquirido esta experiencia en el servicio público, indique si era: () empleado de carrera o () de confianza. Indique su estatus en el empleo: () permanente () confidencial () transitorio o () irregular.

Razón para abandonar el empleo: _____

Título Oficial del Puesto _____	Nombre y dirección física del patrono _____ _____	Nombre del supervisor inmediato y teléfono(s) o celular(es) _____ _____
Indique el número de horas trabajadas diariamente en ese empleo: _____	_____ _____	_____ _____
Indique si el empleo era a () jornada regular o a () jornada parcial.	_____	_____

Resuma los deberes y responsabilidades del puesto, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión:

Duración del empleo Desde			Hasta		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

De haber adquirido esta experiencia en el servicio público, indique si era () empleado de carrera o () de confianza. Indique el estatus en el empleo: () permanente () confidencial () transitorio () irregular.

Razón para abandonar el empleo: _____
De ser necesario el solicitante podrá utilizar una hoja adicional siguiendo el mismo patrón para informar otras experiencias de trabajo.

17. Preparación Académica: Someta la(s), transcripción(es) de crédito(s) **en original** que evidencie(n) el (los) grado(s) conferido(s), **concentración** y el **índice o promedio general de graduación**. En su lugar podrá someter una Certificación de Grado, **en original** que además del grado académico incluya la concentración y el **índice o promedio de graduación**. No someta copia.

Nombre de la Institución	Años completados	Grado conferido	Promedio	Concentración	Concentración Menor

18. Enumere aquellos cursos o adiestramientos relacionados con las funciones del puesto, si alguno(s). Someta evidencia al presentar la solicitud de examen.

Institución	Título del curso	Duración del curso

19. Certificaciones o Licencias Profesionales que posee, si alguna(s) relacionadas al puesto solicitado:

Descripción	Número	Fecha en que fue expedida	Fecha de vencimiento

20. Conteste sí o no a las siguiente(s) pregunta(s):

- ¿Ha incurrido usted en conducta deshonrosa? Sí ____ No ____
 ¿Ha sido usted destituido(a) del servicio público? Sí ____ No ____
 ¿Ha sido usted convicto por delito grave o por cualquier otro delito que implique depravación moral? Sí ____ No ____
 ¿Ha sido usted adicto al uso habitual y excesivo de sustancias controladas? Sí ____ No ____
 ¿Ha sido habilitado por la Oficina de Habilitación para el Servicio Público? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, incluya la resolución expedida por el Director de dicha Oficina que certifique que fue habilitado.

Advertencia: Toda la información provista en esta solicitud de examen está sujeta a verificación. Cualquier falsa representación u omisión consciente, o información falsa, puede ser motivo de descalificación para empleo, o destitución en caso de ser empleado de la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras.

Certificación: Certifico que lo declarado por mí en esta solicitud de examen es cierto, correcto y completo. Certifico como solicitante de empleo que no estoy en incumplimiento con lo ordenado en la Ley Número 168-2000, según enmendada, "Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada" Esta ley fue adoptada para asegurar que las personas cumplan con su responsabilidad de proveer sustento a sus familiares de la tercera edad o personas de edad avanzada.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Certificación Adicional- A ser completada, de aplicar en su caso particular:

Certifico como solicitante de empleo, que poseo una obligación impuesta en virtud de orden judicial o administrativa bajo el palio de la Ley Número 168-2000, según enmendada, "Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada". Estoy cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación impuesta.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Autorización: Autorizo a la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras a que me someta a las pruebas de detección de sustancias controladas, que estime pertinentes, en caso de ser seleccionado para nombramiento. Estoy consciente que de negarme

a someterme a las mismas, esta acción constituirá razón suficiente para que no se me extienda nombramiento. También autorizo a la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras a obtener referencias de empleos anteriores. **Su firma es requerida.**

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------

No escriba en este espacio	
Acción tomada: <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Devuelta <input type="checkbox"/> Denegada por:	
Fecha: _____	Firma: _____

LA OFICINA DEL COMISIONADO DE INSTITUCIONES FINANCIERAS NO DISCRIMINA POR RAZÓN DE RAZA, COLOR, SEXO, NACIMIENTO, EDAD, ORIGEN O CONDICIÓN SOCIAL, POR IDEAS POLÍTICAS O RELIGIOSAS, POR SER VÍCTIMA O SER PERCIBIDA COMO VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, AGRESIÓN SEXUAL O ACECHO, POR CONDICIÓN DE VETERANO, POR IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL, POR ORIENTACIÓN SEXUAL REAL O PERCIBIDA O POR LA IDENTIDAD DE GÉNERO.

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DE LA OCIF

Puntuación Otorgada por Reunir Requisitos Mínimos del Puesto: _____

Puntuación Otorgada por Preparación Académica Adicional al Requisito Mínimo y Adiestramientos _____

Puntuación Otorgada por Experiencia Adicional al Requisito Mínimo, si alguna: _____

Puntuación Acumulada: _____

Puntuación Adjudicada por Preferencia: _____

____ de Veterano(a) - (Ley 23 de 14 de diciembre de 2007) ____ de Veterano(a) Incapacitado(a)

____ de Persona con Impedimento ____ de Persona Beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental (Programa TANF). **No es el Programa de Asistencia Nutricional, mejor conocido como Programa de Cupones de Alimentos.**

Puntuación Final (total) en el Examen: _____

Evaluado por: _____

Ada N. Cañizares
Especialista de Administración de Recursos Humanos

Aprobado por: _____

Lcda. Ivonne González
Directora de Recursos Humanos

Fecha: _____

Fecha: _____