|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | C:\Users\mhv5181\Desktop\logo 2021.png  **DH-RHAL-01**  Gobierno de Puerto Rico  **Departamento de Hacienda**  San Juan, Puerto Rico  **Área de Recursos Humanos y Asuntos Laborales**  **Rev. Abril 2022**  **SOLICITUD DE EXAMEN** | | | | | | | | | | | | | **SELLO O PONCHE DE RECIBO** | | | | | | | |
| **NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO**  Aceptada  Denegada  Devuelta  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Analista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Razón (Devuelta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| 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. Patrono con igualdad de oportunidad en el empleo.  El Departamento de Hacienda no discrimina por razones de género, raza, color, religión, afiliación política, sexo, nacionalidad, edad, estado civil, veterano, afiliación sindical, impedimento físico o mental u otra condición protegida por ley. | | | | | | | | | | | | | |
| **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 * 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 (comienzo y terminación). | | | | | | | | | * 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, fechas de comienzo y terminación) * Descripción detallada de deberes y naturaleza de trabajo | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN CONVOCATORIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Título del examen que solicita según se anuncia en la convocatoria    Número de Convocatoria | | | | | | | | | Municipios donde aceptaría el empleo:  Si no tiene preferencia por trabajar en algún pueblo indique la palabra “cualquiera”. Si desea trabajar en algunos pueblos en particular, indíquelos en orden de preferencia en los espacios provistos.  1.       2.       3.  4.       5.       6. | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tomado este examen anteriormente?  Sí  No Fecha | | | | | | | | | Algunos aspirantes requieren les permitan 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:  □ No Vidente □ No Auditivo □ Utiliza silla de ruedas □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| ¿Está dispuesto a viajar a todos los municipios de P.R.?  Sí  No | | | | | | | | | ¿Es empleado del Departamento de Hacienda actualmente? (Regular, Transitorio, Confianza o Irregular)  Sí  No | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN PERSONAL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellidos del Solicitante: | | | | | | | | | Últimos dígitos Seguro Social xxx-xx- | | | | | | | | | | | | |
| Dirección Postal:         ,      ,  Pueblo País Código Postal | | | | | | | | | Teléfonos:  Celular: (     )     -  Trabajo: (     )     - | | | | | | | | | Casa: (     )     -  Otro: (     )     - | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | Género:  Femenino  Masculino  \*Ofrecer esta información es voluntaria. Será utilizada sólo para propósitos estadísticos. | | | | | | | | | | | | |
| 1. **ADJUDICACIÓN DE PREFERENCIA (INCLUIR EVIDENCIA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usted no está obligado 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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.  ¿Solicita este beneficio?  Sí  No  \*No aplica a personas con preferencia de veterano | | | | | | | | | | **Preferencia Beneficiario de Asistencia Económica Gubernamental:**  Se otorgan cinco (5) puntos a los beneficiarios de los programas bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral (P.R.O.W.R.A.) en Puerto Rico, próximos a cumplir 60 meses de participación en éstos.  Certifico que soy beneficiario de programas de Asistencia Económica de P.R.O.W.R.A, y estoy próximo a cumplir 60 meses de participación. | | | | | | | | | | | |
| **Preferencia de Veteranos:**  A los veteranos, según este término se define en la “Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI”, *supra,* se les concederá diez (10) puntos sobre la nota. En caso de muerte del veterano, se concederá la puntuación que le hubiere correspondido al cónyuge supérstite si no ha contraído nuevo matrimonio, así como los hijos del veterano que sean menores de edad y a los mayores de edad incapacitados. 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 **Familiar de Veterano Fallecido**:  Sí  No Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. PREPARACIÓN ACADÉMICA (INCLUIR EVIDENCIA)**  **DH-RHAL-01** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Escuela** | | **Nombre de la Institución Académica** | | | | | | | | | **Concentración** | | | | | | | | **¿Se graduó?** | |
| **Escuela Superior** | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sí  No | |
| **Grado Asociado** | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sí  No | |
| **Bachillerato** | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sí  No | |
| **Maestría** | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sí  No | |
| **Doctorado** | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sí  No | |
| **Juris Doctor** | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | Sí  No | |
| **5. CURSOS Y ADIESTRAMIENTOS (INCLUIR EVIDENCIA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Institución** | | | | | | | **Título del Curso** | | | | | | | | | **Duración** | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| **6. LICENCIAS (INCLUIR EVIDENCIA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de Licencia** | | | | **Número** | | | | **Fecha de Expedición** | | | | | | | **Fecha de Vencimiento** | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **7. EXPERIENCIA DE TRABAJO (INCLUIR CERTIFICACIÓN DE EMPLEO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Detalle la experiencia que posee, destacando las funciones relacionadas al puesto para el que solicita examen. Comience con su último empleo, indique la dirección y el número de teléfono del patrono. Si fuese necesario, utilice una hoja adicional y prosiga con el mismo patrón. Sea específico al indicar puesto, fechas y salarios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha** | | | **Patrono** | | | **Título del Puesto y Supervisor** | | | | | | | **Servicio** | | | | | | | **Salario** |
| Desde(d/m/a):    Hasta (d/m/a): | | |  | | | Título: | | | | | | | Carrera  Confianza  Contrato  Jornada Parcial  Regular  Probatorio  Transitorio  Otro: | | | | | | | Inicial Mensual:    Final Mensual: |
| Oficina: | | | | | | |
| Supervisor: | | | | | | |
| Describa en forma concisa y exacta sus deberes y responsabilidades. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha** | | | **Patrono** | | | **Título del Puesto y Supervisor** | | | | | | | **Servicio** | | | | | | | **Salario** |
| Desde(d/m/a):    Hasta (d/m/a): | | |  | | | Título: | | | | | | | Carrera  Confianza  Contrato  Jornada Parcial  Regular  Probatorio  Transitorio  Otro: | | | | | | | Inicial Mensual:    Final Mensual: |
| Oficina: | | | | | | |
| Supervisor: | | | | | | |
| Describa en forma concisa y exacta sus deberes y responsabilidades. Si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha** | | | **Patrono** | | | **Título del Puesto y Supervisor** | | | | | | | **Servicio** | | | | | | | **Salario** |
| Desde(d/m/a):    Hasta (d/m/a): | | |  | | | Título: | | | | | | | Carrera  Confianza  Contrato  Jornada Parcial  Regular  Probatorio  Transitorio  Otro: | | | | | | | Inicial Mensual:    Final Mensual: |
| Oficina: | | | | | | |
| Supervisor: | | | | | | |
| Describa en forma concisa y exacta sus deberes y responsabilidades. 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 | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| [http://blog.toggle.com/wp-content/uploads/2010/12/excel_logo.png](http://www.google.com.pr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=B51el27tPFIKtM&tbnid=zFlUI-3xJzFTuM:&ved=0CAUQjRw&url=http://blog.toggle.com/5-ways-to-fix-corrupted-excel-files/&ei=LeXYU4juOoja8AGK0oGoAQ&bvm=bv.71778758,d.cWc&psig=AFQjCNGa-NiNMggIs0eN9bd1Pvt4cCWy4Q&ust=1406809766495780) Microsoft Excel | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| [http://1.bp.blogspot.com/-QeYY0Vv33hw/TdDA1-FTuLI/AAAAAAAAAOM/tzWBS1Mrvhs/s1600/ppt_logo.png](http://www.google.com.pr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=Ba3ApNFDmdGMmM&tbnid=2xOfpu1e5fpNEM:&ved=0CAUQjRw&url=http://pptgarden.blogspot.com/2011/05/view-open-edit-and-save-powerpoint-2010.html&ei=fOjYU5OeLaHG8QGFpoF4&bvm=bv.71778758,d.cWc&psig=AFQjCNHgTEx4scCu2b5RZcHBkmKNMExheg&ust=1406810543133550) Microsoft PowerPoint | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| [http://www.sapien.it/wp-content/uploads/2012/07/microsoft_office_outlook1.png](http://www.google.com.pr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&docid=W0tXpResqoywzM&tbnid=o_8qgnBs1vcu5M:&ved=0CAUQjRw&url=http://www.sapien.it/products/hosted-exchange-email/&ei=w-jYU4vuBcqa8QHZooGgAQ&bvm=bv.71778758,d.cWc&psig=AFQjCNFGNfLFuSbIJt3iJD7UqSGKt96Xwg&ust=1406810661738407) Microsoft Outlook | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSq436hnFPqubLnHLRNefZTvDkgiY1Z6Xk9bHUT0coBLIDVFXR9-1MZFH4Q](https://www.google.com.pr/imgres?imgurl&imgrefurl=http://hernanincafrs.blogspot.com/2014/06/publisher.html&h=0&w=0&tbnid=tt_ip9qs-Bd3wM&zoom=1&tbnh=204&tbnw=204&docid=hjeXUWNJ4JqTtM&tbm=isch&ei=DunYU6KIBObf8AGm9oCQDA&ved=0CAIQsCUoAA) Microsoft Publisher | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| Otro: | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **IDIOMAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Idioma** | | | | | **Leer** | | | | | | | **Escribir** | | | | | **Hablar** | | | |
| Español | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | |
| Inglés | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | |
| Otro: | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | | | Avanzado  Intermedio  Básico | | | |
| **9. CONTESTE SI O NO EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha sido destituido del gobierno? | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| ¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral? | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| Si su respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue sí: ¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por OATRH? En caso afirmativo, acompañar documentos. | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| ¿Está legalmente autorizado para trabajar en Puerto Rico? | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| ¿Está legalmente obligado a cumplir con las disposiciones de la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, “Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada”? | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| ¿Tiene algún familiar trabajando en el Departamento de Hacienda? | | | | | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| Nombre del Familiar: | | | | | | | División: | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **10. DOCUMENTOS O CERTIFICACIONES REQUERIDAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA SOLICITUD DE EXAMEN** | | La Orden Ejecutiva Núm. OE-2021-008, Sección 2da, ordena a todas las agencias de la Rama Ejecutiva a compartir aquella documentación o certificación solicitada por un ciudadano con la agencia solicitante. La agencia que necesite el documento o certificado no le podrá solicitar al ciudadano o corporación que se lo provea, sino que accederá a la base de datos para validar que el ciudadano cumple con el documento solicitado. Conforme a estas disposiciones, le solicitamos su consentimiento para la búsqueda de los siguientes documentos:   1. Certificación de Radicación de Planillas (últimos 5 años) 2. Certificación de Asume 3. Certificación de Antecedentes Penales   **Consentimiento**  Autorizo al Departamento de Hacienda a acceder a la base de datos IDEAL para obtener las certificaciones antes mencionadas. (Al momento de ser evaluado, usted recibirá un enlace para autorizar la búsqueda).  No Autorizo al Departamento de Hacienda a acceder a la base de datos IDEAL para obtener las certificaciones antes mencionadas. (De usted no autorizar al Departamento de Hacienda, deberá solicitar las certificaciones con cada dependencia del Gobierno correspondiente y adjuntar las mismas con esta solicitud de examen para poder ser evaluado(a)). |   La información aquí suministrada es correcta y sujeta a verificación, por lo que autorizo al Departamento de Hacienda a realizar la investigación que estime necesaria. Cualquier declaración falsa, tergiversada u omisión de información relevante y pertinente, durante el proceso de empleo, puede ser causa suficiente tanto para descalificarme para el mismo, denegar mi solicitud, eliminar mi nombre del Registro de Elegibles como para separarme de él, si ya el empleo se me hubiera concedido.  En el Departamento de Hacienda 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 Fecha d/m/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |