

CFSE 04-006  
marzo/2021

PO BOX 365028 San Juan PR 00936-5028  
recursoshumanos@fondopr.com

## SOLICITUD DE EMPLEO

Examen sin Comparecencia

La Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) es un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo; no discrimina por razón de edad, raza, color, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, estado de embarazo, nacimiento, nacionalidad, origen social o nacional, condición social, estado civil, afiliación o ideas políticas, religiosas o información genética, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, ni por impedimento físico, mental o sensorial, por ser militar, exmilitar, servir o haber servido en las fuerzas armadas en los Estados Unidos o por ostentar la condición de veterano.

### Instrucciones:

Presente esta Solicitud de Empleo para participar en aquellas convocatorias que entienda cumple con los requisitos establecidos. Complimentar en todas sus partes siguiendo las instrucciones indicadas y según aplique a su participación. Provea toda la información requerida, no la sustituya por un resumé o cualquier otro documento. Asegúrese de presentar todos los documentos que se requieren para validar la información que indicó en la solicitud de empleo. Por consiguiente, toda la información indicada en la misma debe estar en armonía con la evidencia que la sustente. Es responsabilidad del participante proveer toda la información legible para que pueda ser evaluada la experiencia de empleo, preparación académica, adiestramientos o combinación de éstos, conforme con los requisitos establecidos, ya que constituye un EXAMEN SIN COMPARECENCIA. Posterior a la fecha de cierre de convocatoria, no se aceptará solicitud de empleo o documento alguno. No cumplir con las instrucciones indicadas, impedirá que se determine su elegibilidad o limitará la puntuación que pudiera obtener.

<b>INFORMACIÓN PERSONAL</b>	
Escriba en letra legible / No deje espacios en blanco	
<p><b>1. Nombre y Apellidos:</b></p> <p>_____</p> <p>Seguro Social: XXX-XX- _____</p>	<p><b>2. Número de la Convocatoria que Solicita:</b> _____</p> <p>Número del Puesto(s): _____</p> <p>Título del Puesto: _____</p>
<p><b>3. Dirección Postal:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>4. Números Telefónicos:</b></p> <p>Celular: _____ Residencial: _____</p> <p>Oficina: _____ Ext. _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>
<p><b>5. ¿Es empleado de la CFSE?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es empleado de la Rama Ejecutiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, indique:</p> <p>Fecha: (día-mes-año) _____</p> <p>Clasificación: _____</p> <p>Ubicación: _____</p> <p>¿Fue empleado de CFSE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Fue empleado de la Rama Ejecutiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, indique:</p> <p>Fecha: (día-mes-año) _____</p> <p>Razón para la terminación: _____</p> <p>¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está autorizado a trabajar en el Gobierno de Puerto Rico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>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 de empleo.</p> <p>Visa de trabajo:</p> <p>Número: _____</p> <p>Fecha de Expiración: (día-mes-año) _____</p>	<p><b>6. Como aspirante a empleo, no está obligado a informar que es una persona con impedimento, veterano o participante de los programas de asistencia económica gubernamental. No obstante, tiene derecho a hacerlo para reclamar la puntuación adicional establecida por las leyes concernidas, la cual será adjudicada posterior a la determinación de elegibilidad de acuerdo con los requisitos del puesto emitido.</b></p> <p><b>a. ¿Es una persona con impedimentos calificada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si usted es una persona con impedimentos calificada e interesa que se le considere para los beneficios otorgados por la Ley 81 - 1996, mejor conocida como la Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos, someta un certificado médico con no más de doce (12) meses de expedido o presente cualquier otra evidencia que valide su condición.</p> <p><b>b. ¿Es usted veterano del servicio militar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si usted es veterano e interesa que se le considere para los beneficios de la Ley 203 - 2007, mejor conocida como la Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI, someta una Certificación de Licenciamiento Honorable (Formulario DD - 214) o una certificación expedida al efecto por la Administración Federal Veteranos o por la autoridad federal correspondiente.</p> <p><b>c. ¿Usted participa en el Programa de Ayuda Temporal para Familias necesitadas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si usted es elegible para los beneficios de la Ley Pública Federal Núm. 104-193 de 22 de agosto de 1996, según enmendada "Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico", someta una certificación del programa con no más de treinta (30) días de expedida y la cual indique que está próximo a cumplir sesenta (60) meses de participar en dichos beneficios.</p>

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

¿Ha sido convicto por algún delito?  Sí  No

¿Ha sido destituido de algún puesto público?  Sí  No

De haber sido destituido indique periodo (día-mes-año):  
\_\_\_\_\_

¿Ha sido habilitado por el Secretario del Departamento del Trabajo?  Sí  No

En caso afirmativo, presente evidencia.

8. Documentos sobre condiciones de empleo establecidos por ley:

a. Certificación de Radicación de Planillas de Contribución de Ingresos.

b. Certificación de razones por las cuales el contribuyente no está obligado por ley a rendir planillas de contribución sobre ingresos.

d. Certificación de cumplimiento o de deuda de asume en original

9. Solo en aquellas convocatorias que se establezca registro de elegibles continuo, indique dónde aceptaría empleo:

Hospital Industrial  Oficina Central  Oficina Regional de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dispensario de:

\_\_\_\_\_

**PREPARACIÓN ACADÉMICA**

**Instrucciones:**

Será evaluada solo la preparación académica evidenciada que está directamente relacionada conforme con los requisitos establecidos en la convocatoria para determinar la elegibilidad, otorgar puntuación adicional o combinación de ambas según aplique. Detalle toda la información requerida de acuerdo con lo establecido en la convocatoria y en armonía con el documento que valide la misma. Según sea el caso, acompañe la transcripción de créditos en original que incluya la(s) concentración(es) y el índice académico obtenido. Es requisito que la misma contenga la firma del registrador de la Institución Educativa.

En lugar de la transcripción de créditos correspondiente al grado conferido, se aceptará una certificación de grado. Es requisito que esta certificación de grado académico conferido, incluya la(s) concentración(es) obtenida(s), índice de graduación y la firma del registrador de la institución educativa. No se aceptarán copias de diplomas en sustitución de la transcripción de créditos.

De usted estar realizando estudios conducentes a un grado académico deberá presentar una transcripción de créditos en original firmada por el registrador de la Institución Educativa que evidencie los cursos aprobados. No se aceptarán informes de cursos aprobados emitidos por la Institución Educativa a través de su página electrónica, ya que estos no contienen la firma del registrador. En lo que respecta a los adiestramientos, cursos, talleres, conferencias o simposios, incluya los que están directamente relacionados con las funciones del puesto emitido. Los grados obtenidos en el extranjero deberán estar acompañados de la debida certificación de acreditación por las autoridades competentes. El participante que no cumpla con estos requerimientos, su preparación académica no será considerada para determinar elegibilidad u otorgar puntuación adicional.

10. ¿Completó los requisitos de graduación de escuela superior o su equivalente?  Sí  No

Indique nombre y dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

Indique el curso aprobado:  General  Comercial  Secretarial  Oficinista  Dactilógrafo  Taquigrafía  Oficinista Contabilidad

Otro: \_\_\_\_\_

De no haberse graduado de escuela superior, indique el grado académico más alto obtenido: \_\_\_\_\_

¿Posee algún grado universitario o técnico?  Sí  No En caso afirmativo indique universidad o institución de educación superior que haya estudiado: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN	FECHAS DESDE/HASTA (día-mes-año)	CRÉDITOS APROBADOS	GRADO OBTENIDO	FECHA DE GRADUACIÓN (día-mes-año)	CONCENTRACIÓN

Anote y presente copia de los adiestramientos, cursos, talleres, conferencias o simposios directamente relacionados con las funciones del puesto que solicita. No serán considerados los que formen parte de la educación continua requerida por alguna ley que regule el ejercicio de una profesión u oficio o aquellos que forman parte de las materias que requiere la Ley de Ética Gubernamental.

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

**CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS**

¿Ha aprobado curso(s) o crédito(s) universitarios en las siguientes materias? Conteste todas las preguntas; **no deje espacios en blanco.**

MATERIA	NOMBRE DEL CURSO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	Fecha: (día-mes-año)	Marque con una <b>X</b> si es un curso, créditos universitarios o no aplica		
				CURSO	CREDITOS	N/A
Archivo						
Mecanografía o Manejo del Teclado						
Escritura Rápida o Taquigrafía en Español						
Escritura Rápida o Taquigrafía en Inglés						
Transcripción en Español						
Transcripción en Inglés						
Otro: directamente relacionado con el puesto						
Computadora						
Contabilidad						
Estadísticas						
Seguros						

**PROFESIÓN U OFICIO REGULADO POR LEY**

**11.** Indique aquellas profesiones u oficios regulados por ley y acompañe copia de la evidencia acreditativa que cumpla con las regulaciones establecidas para ejercer éstas en Puerto Rico. De no hacerlo, no se considerará su elegibilidad.

NOMBRE PROFESIÓN U OFICIO	NÚMERO DE LICENCIA	FECHA EXPEDIDA (día-mes-año)	FECHA DE EXPIRACIÓN (día-mes-año)

**EXPERIENCIA DE TRABAJO**

**Instrucciones:**

Será evaluada conforme con los requisitos establecidos en la convocatoria para determinar elegibilidad, otorgar puntuación adicional o combinación de ambas según aplique. Detalle toda la información requerida en esta solicitud, no la sustituya por un resumé o cualquier otro documento. Comience con su actual o último empleo. Si el espacio provisto no es suficiente para completar la información requerida, añada una hoja siguiendo el mismo patrón establecido. Presente una certificación de empleo correspondiente a cada experiencia indicada en esta solicitud. Dicha certificación autenticará y validará la información provista, a saber:

- Nombre del puesto y su ubicación
- Fecha en que comenzó y finalizó el periodo trabajado (día, mes y año)
- Cantidad de horas, si se trata de una jornada parcial
- Descripción de las funciones esenciales del puesto
- Tanto en el sector público como en el privado, las certificaciones de empleo requerirán la firma de la Autoridad Nominadora o en su lugar la del Director de Recursos Humanos o un funcionario autorizado por este que por la naturaleza de su trabajo tenga la autoridad para acreditar la información. Además, de contener la firma de la persona autorizada, deberá indicar el título del puesto que ocupa.
- Los empleados y exempleados de la CFSE tendrán que presentar una certificación de empleo para la experiencia adquirida dentro y fuera de la CFSE y será considerada de acuerdo con la reglamentación provista para las convocatorias gerenciales o los acuerdos contractuales en aquellos puestos pertenecientes a las diferentes unidades apropiadas.
- Recursos Humanos certificará la experiencia obtenida mediante designación oficial para realizar un interinato que cumpla con los requisitos del puesto. Los interinatos realizados vía excepción no serán considerados para determinar elegibilidad u otorgar puntuación.
- Se aceptarán Declaraciones Juradas con el propósito de certificación de empleo cuando la compañía o instrumentalidad pública haya cerrado operaciones en o fuera de Puerto Rico o la experiencia se obtuvo en un negocio propio. Las Declaraciones Juradas tienen que contener la información que se requiere en una certificación de empleo, según las especificaciones antes mencionadas en la convocatoria. Además, se podrá presentar una Declaración Jurada para detallar las funciones realizadas, cuando una certificación de empleo no la contenga debido a que la política interna del patrono impida no ofrecer ese tipo información; en este caso la declaración jurada estará acompañada de la certificación de empleo. En todas las circunstancias se deberá especificar la razón por la cual se presenta.
- La experiencia adquirida será considerada siempre y cuando haya sido obtenida, con posterioridad a la preparación académica requerida.

El participante que no cumpla con estos requerimientos no será considerado la experiencia de empleo para determinar elegibilidad u otorgar puntuación adicional.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Comience con su actual o último empleo.  
 Escriba toda la información requerida en letra legible (no deje espacios en blanco).  
 Si el espacio provisto no es suficiente, aneje una hoja y siga el mismo patrón.

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde	Hasta			
	día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza				
	Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto				
	Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio				

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde	Hasta			
	día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza				
	Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto				
	Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio				

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde	Hasta			
	día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza				
	Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto				
	Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio				

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto						
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						
Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto					
	Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio					
Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Servicio de Carrera <input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina: <input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto					
	Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique: <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____ <input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio					

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique:					
		<input type="checkbox"/> Transitorio		<input type="checkbox"/> Regular			
<input type="checkbox"/> Servicio de Carrera		<input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina:						
	<input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto		<input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto				
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique:						
	<input type="checkbox"/> Jornada Completa		<input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____				
	<input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						
Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique:					
		<input type="checkbox"/> Transitorio		<input type="checkbox"/> Regular			
<input type="checkbox"/> Servicio de Carrera		<input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina:						
	<input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto		<input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto				
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique:						
	<input type="checkbox"/> Jornada Completa		<input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____				
	<input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						
Título Oficial del Puesto: _____ Ubicación del Puesto: _____ Nombre del Patrono: _____ Dirección y Teléfono del Patrono: _____ Nombre Supervisor Inmediato: _____ Escriba, en orden de importancia, las funciones esenciales o fundamentales de su puesto: _____ _____ _____ Si es o fue supervisor indique cantidad de empleados bajo su dirección: _____	Fecha	Desde			Hasta		
		día	mes	año	día	mes	año
	Empleado del Gobierno	Indique, según aplique:					
		<input type="checkbox"/> Transitorio		<input type="checkbox"/> Regular			
<input type="checkbox"/> Servicio de Carrera		<input type="checkbox"/> Servicio de Confianza					
Empleado CFSE	Experiencia por Designación Oficial Interina:						
	<input type="checkbox"/> Reunía los requisitos del puesto		<input type="checkbox"/> No reunía los requisitos del puesto				
Empleado Empresa Privada	Indique, según aplique:						
	<input type="checkbox"/> Jornada Completa		<input type="checkbox"/> Cantidad de Horas (jornada parcial) _____				
	<input type="checkbox"/> Experiencia en Negocio Propio						

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA**

La prueba de detección de sustancias controladas es un requisito previo al nombramiento de nuevo ingreso en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

**DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE:**

**Lea las siguientes aseveraciones, si está de acuerdo, firme el espacio provisto y entregue la solicitud.**

Declaro bajo penalidad de perjurio, que he examinado la información ofrecida por mí en esta Solicitud de Empleo y en los documentos que la acompañan, y según mi mejor criterio, la misma es cierta, correcta y completa y ha sido hecha de buena fe, sin intención de desvirtuar los hechos o cometer fraude. Entiendo que cualquier declaración falsa sobre los hechos aquí informados, o documentos que la acompañen, será suficiente causa para que la CFSE pueda denegar mi nombramiento. De haber sido nombrado, se me podrá separar del puesto que ocupe. Además, de cualquier otra medida que corresponda, según la reglamentación aplicable.

Autorizo a que la CFSE realice cualquier investigación con relación a la información aquí provista. De igual manera, autorizo a las personas concernidas, sean patronos o instituciones educativas, a suministrar a la CFSE toda la información que se les requiera para validar la misma. De proceder dicho nombramiento, doy mi consentimiento para que la Solicitud de Empleo, al igual que los documentos que la acompañan, incluyendo aquellos solicitados en el proceso de nombramiento, pertenezca a la CFSE y no sean devueltos.

Estoy de acuerdo en que, de ser seleccionado para ocupar el puesto solicitado, previo al nombramiento, me someteré a la prueba de sustancias controladas como condición de empleo de conformidad con la Ley 78, de 14 de agosto de 1997, según enmendada mejor conocida como la Ley para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo en el Sector Público y la reglamentación de la CFSE. Autorizo a que el resultado de la misma se notifique a la CFSE. Además, acepto que, de resultar positiva dicha prueba o la negativa de someterme a la misma, serán razones suficientes para no proceder con el nombramiento.

Y para que así conste, afirmo que entiendo y acepto las normas, advertencias y condiciones descritas, por lo que firmo este documento. Además, certifico con mi firma que como solicitante no estoy incumpliendo con lo ordenado en la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como la "Ley para el Fortalecimiento de Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada".

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante en original

\_\_\_\_\_  
Fecha: (día-mes-año)

**NO escriba debajo de esta línea, ya que es solo para el uso oficial de la Corporación.**

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evaluado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Analista

\_\_\_\_\_  
Fecha: (día-mes-año)

Revisado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Supervisor Inmediato o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha: (día-mes-año)

**CFSE 04-028**  
 (CFSE- 0074.1)  
 marzo/2021

**HOJA DE COTEJO DE DOCUMENTOS ENTREGADOS  
 CON LA SOLICITUD DE EMPLEO**

**Instrucciones:** Escriba en letra de molde y legible. No deje espacios en blanco, en aquellos que **no** aplique escriba las letras N/A. Para obtener evidencia de los documentos entregados, una vez cumplimentado este documento, proveerá una copia del mismo para que sea sellado al momento de la radicación de la solicitud de empleo. No se aceptarán documentos adicionales a los requeridos en la convocatoria.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  
 Número Convocatoria: \_\_\_\_\_ Número de Puesto(s): \_\_\_\_\_  
 Título del Puesto: \_\_\_\_\_

A continuación, detallo la cantidad de documentos que anejo a la Solicitud de Empleo (CFSE 04-006) y que forman parte de la misma para la evaluación correspondiente a la convocatoria de referencia.

**DOCUMENTOS SOBRE LOS REQUISITOS MÍNIMOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA**

- A. Solicitud de Empleo: ..... \_\_\_\_\_
- B. Evidencia de la preparación académica
  - Transcripción de créditos en original: ..... \_\_\_\_\_
  - Certificación de grado ..... \_\_\_\_\_
  - Diploma en original: ..... \_\_\_\_\_
- C. Adiestramientos: ..... \_\_\_\_\_
- D. Evidencia de experiencia(s) de empleo
  - Certificación de empleo: ..... \_\_\_\_\_
  - Declaración jurada: ..... \_\_\_\_\_
  - Hoja de deberes: ..... \_\_\_\_\_
  - Especificación de clase: ..... \_\_\_\_\_
- E. Resumé (opcional): ..... \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS SOBRE REGULACIONES DE LEY PARA EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN U OFICIO**

- F. Licencia para ejercer una profesión u oficio: ..... \_\_\_\_\_
- G. Registro de Profesionales: ..... \_\_\_\_\_
- H. Colegiación: ..... \_\_\_\_\_
- I. Certificado de Cumplimiento "Good Standing": ..... \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS SOBRE CONDICIONES DE EMPLEO ESTABLECIDOS POR LEY**

- K. Certificación de Radicación de Planillas de Contribución de Ingresos: ..... \_\_\_\_\_
- L. Certificación de razones por las cuales el contribuyente no está obligado por ley a rendir planillas de contribución sobre ingresos: ..... \_\_\_\_\_
- M. Certificación de Cumplimiento de Deuda de ASUME: ..... \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS PARA OBTENER PUNTUACIÓN ADICIONAL DISPUESTO POR LEYES ESPECIALES**

Como aspirante a empleo, no está obligado a informar que es una persona con impedimento, veteranos o participante de los programas de asistencia gubernamental. No obstante, tiene derecho a hacerlo. Para reclamar la puntuación adicional establecida por las leyes correspondientes, deberá presentar la evidencia requerida.

- N. Beneficio de veteranos copia de la Forma DD-214, denominada Certificación de Licenciamiento Honorable, "Certificación de la Administración de los Veteranos" o NG22 (Formulario de la Guardia Nacional 22).  
Especifique cuál de las certificaciones entrega: \_\_\_\_\_
- O. Beneficio de Veterano Activo: Verificación de Despliegue del Comandante "Commander's Verification of Deployment" o copia de la Orden Personal "Official Personnel Orders" u Órdenes Permanentes de Cambio de Asignación "Permanent Change of Station Order-PCS Orders" o una certificación de su unidad que indique que es miembro activo.  
Especifique cuál de las certificaciones entrega: \_\_\_\_\_
- P. Beneficio para personas con impedimento: Copia de la tarjeta de identificación del Departamento de Salud o certificación médica.  
Especifique cuál entrega: \_\_\_\_\_
- Q. Beneficio por el Programa de Asistencia Económica Gubernamental (Programa TANF): Certificación del programa con no más de treinta (30) días de expedida y la cual indique que está próximo a cumplir sesenta (60) meses de participar en dichos beneficios. .... \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO:**

Certifico que he leído la convocatoria y conozco los requerimientos de participación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario que la Recibe

\_\_\_\_\_  
Fecha: (día-mes-año)

\_\_\_\_\_  
Fecha: (día-mes-año)





Recursos Humanos - Reclutamiento

**INFORMACION ESTADISTICA PARA EL PROGRAMA DE ACCIÓN AFIRMATIVA**

La Corporación del Fondo del Seguro del Estado es un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo; **no discrimina** por razón de edad, raza, color, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, estado de embarazo, nacimiento, nacionalidad, origen social o nacional, condición social, estado civil, afiliación o ideas políticas, religiosas o información genética, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, ni por impedimento físico, mental o sensorial, por ser militar, exmilitar, servir o haber servido en las fuerzas armadas en los Estados Unidos o por ostentar la condición de veterano.

Para recopilar las estadísticas que nos requieren las leyes estatales y federales que garantizan la igualdad de oportunidades en el empleo, favor de completar este formulario, el cual se desprenderá de su solicitud. Esta información es voluntaria, confidencial y **no** formará parte de su expediente de personal.

Escriba en letra legible. No deje espacios en blanco.

Fecha de Radicación: \_\_\_\_\_

Clase de Puesto que Solicita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Convocatoria: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad:  Americana  Otra: Especifique \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Empleado de esta Corporación:  Sí  No

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique si es elegible para solicitar los beneficios concedidos por alguna de las siguientes leyes:

Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos

Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI

Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

**CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**  
Bo. Juan Sánchez, PR #2, Km. 8.5, Bayamón P.R. 00961  
Recursos Humanos - Reclutamiento  
PO BOX 365028, SAN JUAN, PR 00936-5028  
[recursoshumanos@fondopr.com](mailto:recursoshumanos@fondopr.com)  
(787) 793-5959 Extensiones: 5478, 5479, 5480

*Patrón con Igualdad de Oportunidades en el Empleo*

## **CONVOCATORIA A EXAMEN Interna – Solamente para los Empleados de la Rama Ejecutiva**

### **TESORERO**

Un (1) puesto–Área de Finanzas, Oficina Central

**Sueldo:** \$3,106.00 -\$4,485.00

En el caso que el candidato seleccionado ocupe un puesto en el Servicio de Carrera de una Entidad Gubernamental perteneciente a la Rama Ejecutiva, se utilizará como referencia el salario que este ostente, para calcular el que recibirá al momento de formalizar la transacción.

**Escala:** 22

**Se aceptarán solicitudes de examen hasta:**

26 de enero de 2023

**Tipo de Competencia:**

Ingreso

**Requisitos Mínimos:**

Bachillerato con concentración en Contabilidad o Finanzas de una universidad o institución académica y siete (7) años de experiencia progresiva en trabajos de nivel profesional en actividades relacionadas con el manejo de recaudos y pagos, tres (3) de estos en supervisión.

o en su lugar,

Maestría con concentración en Contabilidad o Finanzas e de una universidad o institución académica acreditada y cinco (5) años de experiencia progresiva en trabajos de nivel profesional en actividades relacionadas con el manejo de recaudos y pagos, tres (3) años de estos en supervisión.

**Naturaleza del Examen:**

El examen consistirá en una evaluación en la que se adjudicará puntuación por la preparación académica, cursos o adiestramientos y por la experiencia de trabajo directamente relacionada con las funciones de los puestos en la clase.

**Naturaleza del Trabajo:**

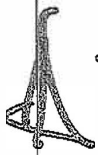

Trabajo profesional, especializado y administrativo, de gran complejidad y responsabilidad, que consiste en la dirección, coordinación y supervisión de las actividades que se generan en la Oficina de la Tesorería de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

**Periodo Probatorio:**

Tres (3) meses

### Notas Importantes:

1. La selección de los candidatos a ingreso se hará a base del principio de mérito, conforme con la preparación académica y requisitos de la convocatoria. Tendrán preferencia los candidatos con historial previo en la Corporación que hayan prestado servicios satisfactoriamente de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento para la Certificación y Selección de Aspirantes a Puestos de Ingreso y Ascenso pertenecientes a la Unión de Empleados de la Corporación del Fondo del Seguro del estado conforme a lo acordado con la unión.
2. El valor total del examen es de cien (100) puntos. Se adjudicará un setenta por ciento (70%) por requisitos mínimos, un quince por ciento (15%) por experiencia de trabajo adicional a los requisitos mínimos y un quince por ciento (15%) por preparación académica adicional a la requerida y cursos o adiestramientos directamente relacionados con las funciones del puesto.
3. En los casos en que el solicitante sea empleado del Sistema de Administración y Transformación de los Recursos Humanos, se considerarán únicamente las funciones propias y el nivel de la clasificación oficial del puesto en el cual fue nombrado.
4. Los candidatos que indiquen poseer experiencia en el Sistema de Administración y Transformación de los Recursos Humanos, empresas privadas o agencias excluidas, deberán incluir, junto con su solicitud de examen, una certificación de la agencia donde presta o haya prestado servicios que incluya:
  - a. Posición ocupada por el solicitante.
  - b. Sueldo semanal, mensual o por hora, si se trata de empleo a jornada parcial.
  - c. Fechas exactas en que se adquirió la experiencia (día-mes-año) y cantidad de horas trabajadas, si se trata de un empleo a jornada parcial.
  - d. Descripción de los deberes y la naturaleza del trabajo.
  - e. Sueldo bruto mensual devengado.
4. Se adjudicará puntuación adicional a la nota de pase obtenida a los candidatos por los siguientes conceptos y cantidades:
  - a. Diez (10.00) puntos o el diez por ciento (10%), lo que sea mayor, como puntuación adicional a la nota obtenida por concepto de Derecho de Preferencia de Veterano a todo Veterano Licenciado Honorablemente. Según lo dispone la Ley Núm. 203-2007, en su Artículo 4, inciso F (a) (1,3), de la Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI. Para reclamar la preferencia de veterano, deberá someter copia de la "Forma DD-214" o en su lugar "Certificación de la Administración Federal de Veteranos" que indique los periodos de servicio en las Fuerzas Armadas y la clase de licenciamiento (honorable).
  - b. Cinco (5.00) puntos o el cinco por ciento (5%), lo que sea mayor, adicionales a la nota de pase obtenida por una persona con impedimento cualificada, en cualquier examen. La Ley Núm. 81-1996, otorga este beneficio a toda persona con impedimento cualificada en cualquier examen. Esta Ley aplicará a las personas cuyo impedimento afecta sustancialmente una o más de las actividades principales de su vida. El beneficio de esta Ley no aplicará a las personas con impedimentos que cualifiquen para la preferencia de veteranos. Para reclamar la preferencia de persona con impedimento, deberá presentar una certificación médica oficial emitida por una autoridad competente, con no menos de doce (12) meses, que evidencie la condición del impedimento de la persona.
  - c. Cinco (5.00) puntos o el cinco por ciento (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 encuentren bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral

(P.R.O.W.A.) en Puerto Rico, Ley Pública Federal Número 104-193 de 22 de agosto de 1996, deberá estar próximo a cumplir sesenta (60) meses de participar de dichos beneficios. De reunir este requisito, deberá someter una certificación oficial emitida por el Programa de Asistencia Económica, (Programa TANF) del cual el beneficiario es participante.

- d. Diez (10.00) puntos o el diez por ciento (10%), lo que sea mayor y en adición a cualquiera otra bonificación a la calificación obtenida en cualquier examen al miembro de los Servicios Uniformados, Guardia Estatal, empleado civil del Cuerpo de Ingenieros o del Servicio Médico Nacional contra Desastres en igualdad de condiciones académicas, técnicas o de experiencia, según lo dispone el Artículo 6 de la Ley Núm. 218 de 2003, según enmendada, conocida como "*Ley de Protección para los Miembros de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos*"
5. El registro de elegibles se establecerá en orden descendente de las cualificaciones o puntuaciones obtenidas en el examen.
6. Una vez presentada y evaluada la solicitud de examen, no se aceptará ninguna alteración a la información.
7. Es indispensable que los candidatos presenten evidencia de toda la experiencia laboral y preparación académica que indiquen en su solicitud de examen. No se adjudicará puntuación por la experiencia o preparación que no se evidencie.
8. La experiencia adquirida mediante interinatos se acreditará si concurren las siguientes condiciones:
  - a. Designación oficial por escrito de la autoridad nominadora o su representante autorizado para desempeñar las funciones del puesto interinamente.
  - b. El puesto ocupado interinamente sea de clasificación superior al puesto que ocupa en propiedad.
  - c. Reunir los requisitos mínimos del puesto ocupado interinamente, al momento de la designación.
  - d. Haber desempeñado durante el periodo del interinato todos los deberes del puesto.
9. Solamente cualifican para el ingreso al servicio público, los ciudadanos de los Estados Unidos de América y los extranjeros legalmente autorizados a trabajar.
10. La experiencia adquirida será considerada siempre y cuando haya sido obtenida con posterioridad a la preparación académica requerida.
11. Los grados académicos obtenidos en el extranjero deberán estar acompañados de la debida certificación de acreditación por las autoridades competentes.
12. La Ley Núm. 8-2017, establece como requisito para la solicitud de empleo en el servicio público que el candidato haya rendido Planillas de Contribución sobre Ingresos correspondiente a los últimos cinco (5) años previo a su solicitud de examen para este puesto, si estaba obligado en ley a rendir la misma.

Mediante Boletín Administrativo OE-2021-008, se implantó el "Sistema de Identificación Electrónica de Acceso en Línea" (IDEAL) mediante el cual la Entidad Gubernamental no debe solicitarle al ciudadano un documento al que ya tiene acceso. Entre los documentos que accederemos para completar el expediente de su solicitud de examen, previo a su autorización, está la Certificación de Radicación de Planillas y la Certificación de cumplimiento o de deuda de ASUME. **Usted tiene la opción de autorizar a la Entidad Gubernamental a tramitar las certificaciones mediante el sistema IDEAL o someter los documentos correspondientes.**

De usted no haber estado obligado por ley a rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos, durante uno o más años dentro del período de los últimos cinco (5) previos a presentar su solicitud de examen, es requisito que presente la "Certificación de Razones por las Cuales el Contribuyente No está Obligado por

Ley a Rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos" (Formulario del Departamento de Hacienda SC-2781).

Puede conseguir el referido formulario en una Colecturía de Rentas Internas o en la Colecturía de Rentas Internas Virtual del Departamento de Hacienda.

No se aceptarán copias de Planillas de Contribución sobre Ingresos en sustitución de la Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos.

13. Como condición de empleo el candidato seleccionado será sometido a la prueba de detección de sustancias controladas.

### **Cómo y Dónde Solicitar:**

Las personas que reúnan los requisitos mínimos antes mencionados e interesen ser considerados, deberán completar la solicitud de examen a través del portal de convocatorias <https://www.empleos.pr.gov> o completar la solicitud de examen que puede obtener en el mismo portal, entregarla en la entidad gubernamental o enviarla por correo regular a la siguiente dirección:

Corporación del Fondo del Seguro del Estado  
Oficina de Recursos Humanos - División de Reclutamiento  
PO BOX 365028, SAN JUAN, PR 00936-5028

En caso de radicar la Solicitud de Examen de manera virtual, deberá cargar "upload" todos los documentos requeridos en el portal de convocatorias, al momento de completar su solicitud de examen en línea. Esto, a los efectos de evaluar su Solicitud de Examen y determinar si usted es elegible para la convocatoria que está solicitando.

Si determinara entregar su solicitud en la entidad gubernamental o enviar la misma por correo regular, deberá incluir todos los documentos requeridos.

No se aceptarán solicitudes de examen ni documentos que se reciban después de la fecha y hora de cierre de la convocatoria a examen, por ninguno de los medios anteriormente descritos. De determinar enviar su solicitud por correo regular, el matasello debe ser con fecha de en o antes a la fecha del cierre de la convocatoria a examen.

Si usted fuera citado a entrevista, deberá presentar **en original** los documentos relacionados a su preparación académica y experiencia laboral, entre otros.

### **Documentos para Presentar al radicar la Convocatoria a Examen:**

- a. **Solicitud de Examen** debidamente completada en todos sus apartados. Usted deberá certificar con su firma que como solicitante de empleo no está incumpliendo con lo ordenado en la Ley Núm. 168-2000, según enmendada, conocida como "*Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada*". De estar sujeto a una obligación impuesta en virtud de una orden judicial o administrativa bajo el palio de la referida Ley Núm. 168-2000, usted deberá certificar con su firma que está cumpliendo con el pago de la aportación económica o con la obligación fijada. 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.
- b. **Transcripción de Créditos oficial** del/los grado/s académico/s conferido/s, relacionado/s al puesto, según establecido en los requisitos mínimos del puesto indicados en esta convocatoria a examen. De usted poseer más de un grado académico, deberá incluir la transcripción de créditos en original de los mismos.

Es requisito que la transcripción de créditos que presente incluya el grado académico conferido, concentración e índice de graduación. Además, debe contener la firma del registrador de la institución educativa donde cursó los estudios.

En lugar de la transcripción de créditos correspondiente al grado académico conferido, se aceptará una Certificación de Grado en original. Es requisito que esta Certificación de Grado, además del grado académico conferido, incluya

la/s concentración/es obtenida/s y el índice de graduación. Es requisito que la misma contenga la firma del registrador de la institución educativa. No se aceptarán copias de diplomas en sustitución de la transcripción de créditos.

De usted estar realizando estudios conducentes a un grado académico deberá presentar una transcripción de créditos en original que evidencie los cursos aprobados. Es requisito que la misma contenga la firma del registrador de la institución educativa.

No se aceptarán informes de cursos aprobados emitidos por la institución educativa a través de su página electrónica, ya que éstos no contienen la firma del registrador de la institución educativa.

**Convocatoria Número: CFSE-60- 23 GERENCIAL**

12 de enero de 2023

Fecha



Angie E. Hernández Román  
Administradora Auxiliar  
Recursos Humanos

12 de enero de 2023

Fecha



Jesús M. Rodríguez Rosales MIS  
Administrador