

SOLICITUD DE EMPLEO

Igualdad de Oportunidad en el Empleo. Es nuestra política cumplir con las leyes que prohíben el discrimen en el empleo por razón de raza, color, creencias, nacionalidad, religión, edad, sexo, estatus civil, ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, orientación sexual, identidad de género o impedimento físico o mental (excepto que exista una condición razonable y de buena fe para ocupar el puesto).

Igual Paga Por Igual Trabajo. Es nuestra política cumplir con las leyes que garantizan igual paga por igual trabajo y que prohíben el discrimen salarial por razón de sexo en trabajo comparable que requiera igual destreza, esfuerzo y responsabilidades bajo condiciones de trabajo similares. La Corporación está impedida de inquirir sobre el salario actual o historial de salarios del aspirante a empleo excepto cuando este revele voluntariamente dicha información. La Corporación no podrá preguntar sobre el historial salarial en la Solicitud de Empleo, durante el proceso de entrevistas o cualquier otra etapa del reclutamiento.

INSTRUCCIONES GENERALES	
- Antes de completar la Solicitud, revise los requisitos mínimos del puesto descritos en la convocatoria y asegúrese que tiene los documentos para evidenciarlo. - Complete esta Solicitud de Empleo en letra de molde. Asegúrese que todos los apartados han sido completados y que ha firmado la misma. - Incluya los documentos requeridos para procesar y evaluar la solicitud de empleo. Refiérase a la última página de este documento. - Usted tiene la opción de autorizar a la COSSEC a acceder <u>algunas de las certificaciones</u> requeridas mediante el sistema IDEAL (Orden Ejecutiva Núm. OE-2021-008). - Para verificar y adjudicar puntuación por los beneficios de preferencias establecidos por Ley debe informarlo y someter evidencia. - Veterano; b. Impedido; c. Beneficiario del Programa Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas; d. Miembro de los Servicios Uniformados, Guardia Estatal, empleado civil del Cuerpo de Ingenieros o del Servicio Médico Nacional contra Desastres. (Refiérase a página número 6). La solicitud incompleta no será aceptada.	
TITULO DEL EXAMEN QUE SOLICITA SEGÚN SE ANUNCIA EN LA CONVOCATORIA Núm. Convocatoria: 2026-2027:02 Título de la Clase de Puesto: AUXILIAR DE CONTABILIDAD	HA TOMADO ESTE EXAMEN ANTERIORMENTE: () SI () NO FECHA: _____
NOMBRE Y APELLIDOS:	DIRECCION ELECTRONICA
DIRECCIÓN POSTAL:	TELEFONOS Celular _____ Trabajo _____ Otro _____
CIUDADANO AMERICANO SI () NO (); AUTORIZADO a trabajar en territorio americano () SI () NO	
Necesita de algún ACOMODO para participar en este reclutamiento: ¿evaluación, examen, entrevista? SI () Tipo de impedimento _____ NO ()	¿ES EMPLEADO DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO? () SI () NO Indique: () De Confianza () Regular () Probatorio () Transitorio () Contrato () Jornada Parcial () Otro: _____

USTED NO ESTÁ OBLIGADO A OFRECER LA SIGUIENTE INFORMACION, PERO TIENE DERECHO A HACERLO A LOS EFECTOS DE PODER RECIBIR LOS BENEFICIOS DE PREFERENCIAS ESTABLECIDOS POR LEY PARA ESTE EXAMEN:	
Veterano De Las Fuerzas Armadas De EUA: () SI () NO	Persona Con Impedimento () SI () NO
Beneficiario Del Programa Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas-TANF: () SI () NO	Miembro De Los Servicios Uniformados, Guardia Estatal, Empleado Civil Del Cuerpo De Ingenieros O Del Servicio Médico Nacional Contra Desastres (Ley Núm. 218 de 2003): () SI () NO

PREPARACION ACADEMICA Y EDUCATIVA				
¿Completó los requisitos de graduación de cuarto año? () Sí () No Fecha de graduación: _____				
¿Posee algún grado universitario o técnico o está estudiando actualmente? () Sí () No Si contestó afirmativamente indique:				
	Grado Asociado	Bachillerato	Maestría	Otro (Ej. Certificado, Doctorado)
Universidad / Colegio / Instituto:				
Concentración:				
Fecha de graduación:				

Mencione Cursos o Adiestramientos en Sistemas de Información	Manejo de computadora () SI () NO
_____	Mencione los Programas en los que puede trabajar
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mencione Licencias y Certificados Profesionales que posee:		
Licencia/Certificación	Número	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mencione Asociaciones Profesionales a las que pertenece:		
Asociación	Número de Afiliación	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Conocimiento y Uso de Idiomas	
Hablar/Sostener una Conversación: () Español () Inglés () Otros (especifique)	Escribir/Redactar: () Español () Inglés () Otros (especifique)
Leer : () Español () Inglés () Otros (especifique)	

EXPERIENCIA DE EMPLEO	
Comience con el empleo más reciente o actual . Incluya una Certificación de Empleo y Descripción de Puesto de cada Patrono. Información sobre el contenido específico de la certificación se encuentra en la Convocatoria a Examen – Anejo Proveer información sobre el salario actual o historial de salarios es voluntario.	
Lugar de Trabajo	Título del Puesto
Número de Teléfono	
Dirección Postal	Fecha de Ingreso (día/mes/año) _____ Fecha de Terminación (día/mes/año) _____
Nombre y Puesto del Supervisor Inmediato	Sueldo (Opcional/Voluntario) _____
Deberes (Describalos brevemente)	

Lugar de Trabajo	Título del Puesto
Número de Teléfono	
Dirección Postal	Fecha de Ingreso (día/mes/año) _____ Fecha de Terminación (día/mes/año) _____
Nombre y Puesto del Supervisor Inmediato	Sueldo (Opcional/Voluntario) _____
Deberes (Describalos brevemente)	

EXPERIENCIA DE EMPLEO	
Lugar de Trabajo	Título del Puesto
Número de Teléfono	
Dirección Postal	Fecha de Ingreso (día/mes/año) _____ Fecha de Terminación (día/mes/año) _____
Nombre y Puesto del Supervisor Inmediato	Sueldo (Opcional/Voluntario) _____
Deberes (Describalos brevemente)	
Lugar de Trabajo	Título del Puesto
Número de Teléfono	
Dirección Postal	Fecha de Ingreso (día/mes/año) _____ Fecha de Terminación (día/mes/año) _____
Nombre y Puesto del Supervisor Inmediato	Sueldo (Opcional/Voluntario) _____
Deberes (Describalos brevemente)	

CONTESTE SI O NO
▪ ¿Es adicto al uso habitual o excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas? () SI () NO ▪ ¿Ha sido convicto por delito grave (Felony) _____ Indultado _____ o Sentencia Conmutada? _____ ▪ ¿Ha sido destituido de algún puesto público? () SI () NO ▪ ¿Ha sido habilitado por el Director de la Oficina de Capacitación y Asesoramiento en Asuntos Laborales y de Administración Recursos Humanos? () SI () NO. En caso afirmativo, acompañe el documento que certifica la habilitación ▪ ¿Tiene usted la responsabilidad de pagar pensión alimentaria? () SI () NO ¿Está al día? () SI () NO Incluya Certificación. ▪ ¿Tiene usted la responsabilidad de Satisfacer las Necesidades Básicas de Salud, Higiene y Alimentación, de su Progenitor(a) de Sesenta y Cinco (65) años o más? () SI () NO ¿Está al día? () SI. () NO

IDEAL -DOCUMENTOS PARA PROCESAR LA SOLICITUD DE EMPLEO

Consentimiento para acceder el **sistema IDEAL** y solicitar los siguientes documentos: Certificación de Radicación de Planillas (últimos 5 años); Certificación de Asume.

[] Autorizo a la COSSEC a acceder a la base de datos IDEAL para obtener las certificaciones antes mencionadas. (Al momento de evaluar su solicitud, usted recibirá un enlace para autorizar la búsqueda)

[] No Autorizo a la COSSEC a acceder a la base de datos IDEAL para obtener las certificaciones antes mencionadas. (Al momento de evaluar su solicitud, usted recibirá un enlace para autorizar la búsqueda)

De usted no autorizar a la COSSEC, deberá solicitar las certificaciones a la entidad del Gobierno correspondiente y adjuntar las mismas a esta solicitud de empleo para poder ser evaluado

INFORMACIÓN REQUERIDA. La misma será utilizada para acceder las certificaciones disponibles en el sistema IDEAL requeridas para procesar su solicitud de empleo

Fecha De Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

CERTIFICACION

AUTORIZO a la COSSEC a verificar el historial de empleos anteriores y educación. Relevo y acuerdo en mantener a todas las personas o entidades antes mencionadas, libres de responsabilidad u obligación de proveer la información de empleo y educación.

TENGO CONOCIMIENTO de que el empleo al cual soy aspirante está sujeto a reunir los requisitos mínimos del puesto, a los resultados del examen, a las disposiciones del Reglamento COSSEC RH-19-01, enmendado, Reglamento para la Administración de Recursos Humanos de la Corporación y las disposiciones de la Ley Núm. 8-2017, Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico.

TENGO CONOCIMIENTO de que cualquier tergiversación de hechos u omisión de información serán causa suficiente para que se me declare inelegible para ocupar el puesto; se declare la nulidad absoluta del nombramiento y se me destituya del puesto de haber sido nombrado.

CERTIFICO que la información suministrada en es correcta, que estoy enterado de las advertencias y los documentos que debo radicar con la Solicitud de Empleo, según descrito en la Convocatoria a Examen.

FECHA: _____ **FIRMA:** _____

OFRECER ESTA INFORMACIÓN ES VOLUNTARIA. La misma será utilizada solamente para propósitos estadísticos

Edad	Genero	Fecha De Nacimiento			Veterano	Impedido
YY	Y Y Y	YY YY YYYY	Y	Y		
	Hombre Mujer Otro	día mes año				