ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**
**ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO**
**OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

**Llénese a máquina o con tinta, en letra de molde. Lea cuidadosamente y asegúrese que todos los apartados han sido debidamente llenados. Si alguno no aplica favor de escribir lo siguiente: N/A.**

# SOLICITUD DE EMPLEO

**NO ESCRIBA AQUÍ**
Examen anterior: Nota:
Fecha en que tomó examen:
Cotejado por:

**1.** NOMBRE:

_____

**2.** DIRECCIÓN POSTAL: (Donde reciba correspondencia)

_____

_____

_____

CÓDIGO POSTAL

**3**. SERVICIO MILITAR: Veterano ☐ No Veterano ☐
Si es veterano, indique:
**a.** Fecha de ingreso al servicio militar _____
(Día) (Mes) (Año)

**b.** Fecha de licenciamiento _____
(Día) (Mes) (Año)

**c**. ¿Tiene establecida su preferencia de veterano en esta Corporación?
SI ☐ NO ☐
Para reclamar preferencia de veterano debe llenar el formulario correspondiente y someter el Certificado de Licenciamiento. (Forma 214).

**2a**. Número de Teléfono
Residencia _____
Celular _____

**2b**. Número de Seguro Social

**2c.** Correo Electrónico:

**4.** Título del puesto que solicita según se anuncia en la Convocatoria:

**5.** ¿Ha tomado exámenes anteriormente en esta Corporación? Si la contestación anterior es sí, indique fecha en que lo tomó y tipo de examen.

_____
(Día) (Mes) (Año) Examen

**LLENE UNA SOLICITUD PARA CADA PUESTO**
**NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS**

## PREPARACIÓN ACADÉMICA

**6.** ¿SE GRADUÓ DE ESCUELA SUPERIOR O EQUIVALENTE?: SÍ ☐ NO ☐ FECHA:

**7.** SI LA CONTESTACIÓN A LA PREGUNTA ANTERIOR ES NO, INDÍQUE EL GRADO MÁS ALTO APROBADO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**8.** SI SE GRADUÓ, INDÍQUE CURSO APROBADO: GENERAL ☐ SECRETARIAL ☐ OFICINISTA ☐ OFICINISTA DE CONTABILIDAD ☐

**9.** NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA:

**10.** UNIVERSIDADES, ESCUELAS COMERCIALES O VOCACIONALES A LAS QUE HAYA ASISTIDO (ACOMPAÑE EVIDENCIA).

| INSTITUCIÓN | DESDE | HASTA | CRÉDITOS APROBADOS | SE GRADUÓ SÍ O NO | AÑO GRADUÓ | GRADO OBTENIDO | ASIGNATURA PRINCIPAL Y CREDITOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**11.** SI ESTUDIÓ EN INSTITUCIONES FUERA DE PUERTO RICO, INDÍQUE LA DIRECCIÓN:

**12.** ENUMERE SOLAMENTE AQUELLOS CURSOS O ADIESTRAMIENTOS RELACIONADOS CON EL PUESTO QUE SOLICITA (ACOMPAÑE EVIDENCIA)

| INSTITUCIÓN | TÍTULO DEL CURSO | DURACIÓN DEL CURSO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**13.** LICENCIAS QUE POSEE PARA EJERCER UNA PROFESIÓN U OFICIO (ACOMPAÑE EVIDENCIA)

| CLASE | NÚMERO | FECHA EXPEDIDA | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TODA SOLICITUD DE EMPLEO DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE EVIDENCIAS DE PREPARACIÓN ACADÉMICA. PARA LOS PUESTOS QUE ASÍ LO REQUIERAN, SE DEBERÁ PRESENTAR ADEMÁS, EVIDENCIA DE LICENCIA, COLEGIACIÓN O CERTIFICADOS.

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO**

**14.** ACCIÓN TOMADA: [ ] ACEPTADA [ ] DEVUELTA [ ] DENEGADA

NOTAS:

POR:_____ FECHA: _____

LA **ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)** NO DISCRIMINA POR RAZONES DE RAZA, COLOR, SEXO, EDAD, ORIGEN O CONDICION SOCIAL, NI POR IDEAS POLÍTICAS O RELIGIOSAS.

**15.** EXPERIENCIA

INCLUYA UNA RELACIÓN DE SU EXPERIENCIA COMENZANDO CON SU ÚLTIMO EMPLEO, DE SER NECESARIO UTILICE UNA HOJA ADICIONAL SIGUIENDO EL MISMO PATRÓN. SEA ESPECÍFICO INDICANDO PUESTOS, FECHAS Y SALARIOS. DESCRIBA SUS DEBERES DESTACANDO LAS FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PUESTO SOLICITADO. TODA EXPERIENCIA AQUÍ CITADA, DEBERÁ RESPALDARSE CON CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA O EMPRESA DONDE PRESTE O HAYA PRESTADO SERVICIOS. ESTAS CERTIFICACIONES DEBERÁN INCLUIR: POSICIÓN OCUPADA, SUELDO, FECHAS EXÁCTAS DE LA EXPERIENCIA Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE DEBERES.

| | |
|---|---|
| **a. Nombre, dirección y teléfono del lugar del trabajo:** | Desde: _____ (Día) (Mes) (Año)<br>Hasta: _____ (Día) (Mes) (Año) |
| Título del empleo ocupado por usted: | |
| Deberes: (Descríbalos brevemente) | Sueldo Mensual<br>Inicial:<br>Final: |
| **b. Nombre, dirección y teléfono del lugar del trabajo:** | Desde: _____ (Día) (Mes) (Año)<br>Hasta: _____ (Día) (Mes) (Año) |
| Título del empleo ocupado por usted: | |
| Deberes: (Descríbalos brevemente) | Sueldo Mensual<br>Inicial:<br>Final: |
| **c. Nombre dirección y teléfono del lugar del trabajo:** | Desde: _____ (Día) (Mes) (Año)<br>Hasta: _____ (Día) (Mes) (Año) |
| Título del empleo ocupado por usted: | |
| Deberes: (Descríbalos brevemente) | Sueldo Mensual<br>Inicial:<br>Final: |

**NO OLVIDE LLENAR EL SIGUIENTE ENCASILLADO, ASÍ COMO FIRMAR E INDICAR LA FECHA DE RADICAR ESTA SOLICITUD**

**16.** CONTESTE SÍ O NO:

¿Ha sido destituido(a) de algún puesto público? _____

¿Ha sido habilitado(a) por la Oficina de Capacitación y Asesoramiento en Asuntos Laborales y de Administración de Recursos Humanos (OCALARH)? _____ En caso afirmativo, acompañe documentación al efecto.

¿Ha sido convicto de alguna violación a la Ley, exceptuando ofensas menores de tránsito? _____

17. **CERTIFÍCO QUE LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR MÍ EN ESTA SOLICITUD ES CIERTA, EXÁCTA Y VERÍDICA. QUE HE EXPUESTO LA MISMA DE BUENA FE, SIN DESVIRTUAR LOS HECHOS NI COMETER FRAUDE. AFIRMO QUE LOS DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA SOLICITUD SON DE CARÁCTER OFICIAL Y QUE NO HAN SIDO ALTERADOS, ENTENDIENDOSE QUE LOS MISMOS PASAN A SER PROPIEDAD DE LA CORPORACIÓN. TENGO CONOCIMIENTO DE QUE CUALQUIER TERGIVERSACIÓN DE HECHOS U OMISIÓN DE INFORMACIÓN, HECHOS EN FORMA DELIBERADA DE MI PARTE, SERÁN CAUSA SUFICIENTE PARA QUE SE ME DECLARE INELEGIBLE COMO ASPIRANTE O SE ME DESTITUYA COMO INCUMBENTE DE UN PUESTO EN LA CORPORACIÓN.**

**AUTORIZO A LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES) A REALIZAR CUALQUIER INVESTIGACIÓN SOBRE MIS REFERENCIAS PERSONALES Y MI EXPEDIENTE DE EMPLEADO EN CUALQUIERA DE LAS ORGANIZACIONES (PÚBLICAS O PRIVADAS) PARA LAS CUALES HE TRABAJADO.**

_____ _____

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA

**PARA USO OFICIAL DE ASES**

REVISADO POR: _____

_____ _____

FIRMA EMPLEADO RECURSOS HUMANOS FECHA