



## Solicitud ID de Familiares de Policías y Bomberos

### Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

Nueva     Renovación     Reemplazo

#### I. Certificación

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que soy  Cónyuge /  Cónyuge Supérstite /  Hijo(a) menor de edad /  Hijo(a) universitario(a) /  Hijo(a) incapacitado(a), de \_\_\_\_\_ con placa número \_\_\_\_\_, miembro  Activo /  Retirado del  Negociado de la Policía de Puerto Rico /  Negociado del Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

#### II. Requisitos

Deberá presentar los siguientes documentos según aplique:

- A. Cónyuge:
  1. Certificado de Matrimonio
- B. Cónyuge Supérstite
  1. Certificado de Matrimonio
  2. Certificado de Defunción del Miembro o Miembro Retirado
- C. Hijo(a) menor de edad:
  1. Certificado de Nacimiento
- D. Hijo(a) Universitario(a) adulto:
  1. Certificado de Nacimiento
  2. Matrícula del Centro Universitario, actualizada
- E. Hijo(a) Incapacitado(a) mayor de edad:
  1. Certificado de Nacimiento
  2. Certificación Médica por la incapacidad

En el caso que se trate de un familiar de un Miembro Retirado, en adición a los documentos antes descritos, deberá incluir una carta o Certificación de Retiro Honorable emitida por la Oficina de Recursos Humanos del Negociado del Miembro Retirado. La misma deberá establecer que su retiro fue luego de 25 años de servicio y haber servido de manera honorable conforme a las disposiciones de ley o reglamento aplicable.

#### III. Para Uso Oficial

A. Documentos Incluidos con la solicitud:

1.  Certificado de Matrimonio
2.  Certificado de Defunción
3.  Certificado de Nacimiento
4.  Matrícula del Centro Universitario
5.  Certificación Médica por la Incapacidad
6.  Carta o Certificación de Retiro Honorable

B. Certificación

Luego de verificar la documentación, se certifica que los documentos recibidos son originales y que la información es correcta.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Empleado de Recursos Humanos)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de Empleado de Recursos Humanos)

\_\_\_\_\_  
(Fecha (dd/mm/aa))





## DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA NOMBRAMIENTO (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

### I. Documentos de Nombramiento requeridos por Reglamento

- Notificación de Nombramiento y Juramento (OP-11)
- Verificación de Requisitos
  - Evidencia de Preparación Académica
  - Experiencia de Empleo
  - Evidencia de Licencia o Colegiación (si aplica)
- Prueba Pre-Emplo - Sustancias Controladas
- Historial de Personal (DSP-SAGA-RH-004)
- Examen Médico (DSP-SAGA-RH-005)
- Copia Certificada Acta de Nacimiento
- Copia Tarjeta de Seguro Social y Licencia de Conducir (identificación con foto)
- Certificado de Antecedentes Penales - Original
- Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos (de los últimos cinco años) - Original
- Certificación Negativa de Deuda de Pensión Alimentaria o Certificación de Plan de Pago (ASUME) - Original
- Formulario I-9 - Verificación de Elegibilidad para Empleo
- Certificación de Ruta del Banco o Cheque "Void" (Depósito Directo)
- Certificación de No Deuda Contribución Sobre Ingresos
- Certificación de No Deuda CRIM

### II. Otros Documentos Requeridos en el Momento de Nombramiento

- Certificado de Exención para la Retención
- Ingreso al Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro
- Designación de Beneficiarios - Programa de Ahorros para el Retiro
- Designación de Beneficiarios (Sistema de AEELA)
- Certificación No Doble Compensación (DSP-SAGA-RH-007)

### III. Certificación

Certifico que he sido orientado(a) sobre lo aquí indicado.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha





## HOJA DE COTEJO - TRAMITES NECESARIOS PARA EL RECLUTAMIENTO (Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

### I. Renglones

- Solicitud de Nombramiento del Candidato. (Via electrónica o Comunicación)
- Citar al Candidato:
  - Prueba Pre-Empleo - Sustancias Controladas (sin previo aviso)
  - Entrega de documentos necesarios para Nombramiento
- Verificación de disponibilidad de Fondos - Oficina de Finanzas o Presupuesto - Certificación
  - Cifra de por donde cobrará el empleado:
  - Si los fondos para el pago estan disponibles (Certificación de Fondos) \_\_\_\_\_
- Enviar via fax - Formulario de Elegibilidad de OATRH
- Enviar via fax - Formulario Personas Convictas por Corrupción - Departamento de Justicia
- Verificar las referencias de trabajo
- Iniciar el trámite de la aplicación de Procesamiento de Planteamiento (PP)
- Preparar Documento de Nombramiento y Carta de Bienvenida
  - Número de Puesto, Clasificación, Categoría, Sueldo, Fecha de Efectividad y Área de Trabajo
  - De ser necesario reclasificar un puesto, completar los documentos necesarios
- Solicitud via correo electrónico de equipo - computadora (Servicios Generales) ó (Tecnología y Telecomunicaciones)
  - Nombre del candidato, área de trabajo y fecha de efectividad
- Solicitud via correo electrónico de programación de computadora - Área de Sistemas de Información:
  - Nombre, Inicial, Apellidos del candidato, área de trabajo y fecha de efectividad
- Nombrar al Candidato - Documento de Nombramiento
  - Firma del Director
  - Juramentación - Oficina de Asuntos Legales
- Notificar a la Sección de Asistencia y/o Nombramientos y Cambios via correo electrónico que habrá nuevo nombramiento, para que se preparen para las siguientes acciones:
  - 1. Información del nuevo nombramiento: Nombre, Seguro Social, fecha de nombramiento, supervisor, clasificación y categoría.
  - 2. Orientación de Sistema de Asistencia
- Notificar a la Sección de Nombramientos y Cambios via correo electrónico que habrá nuevo nombramiento, para que se preparen para las siguientes acciones:
  - 2. Orientación de Planes Médicos.
  - 3. Preparación de la Tarjeta de Identificación.
- Orientación y entrega del Kit de Nombramiento al nuevo empleado
- Entrada de Nombramiento al Sistema de Nómina  
Después de haber entrado el nombramiento en el Sistema de Nómina, enviar via correo electrónico a la Sección de Nóminas los siguientes datos del nombramiento, para cotejar que estén los datos correctos en Nómina:
  - Nombre del Candidato, Sueldo, Categoría, Área de Trabajo, Seguro Social, Fecha de Efectividad.
- Entregar todos los documentos de nombramiento a la secretaria para los trámites correspondientes.
- Investigación
  - Favorable
  - No Favorable

### II. Certificación

Certifico que completado el trámite necesario para nombramiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Analista

\_\_\_\_\_  
Firma del Analista

\_\_\_\_\_  
Fecha





**HISTORIAL PERSONAL**  
**(ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES)**

# Seguro Social: \_\_\_\_\_

I. INFORMACIÓN PERSONAL						
1. (Apellido Paterno)		2. Sexo:		3. Dirección Residencial:		
(Apellido Materno)		(Nombre)		4. Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial		
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		5. Estatura: _____ Pulgadas		
7. Teléfono Residencial:		10. Nombre de Padre:		6. Peso: _____ Libras		
8. Teléfono Celular:				12. Fecha de Nacimiento:		
9. Teléfono Otro:				(dd/mm/aa)		
14. Estado Civil:		11. Nombre de Madre:		13. Lugar de Nacimiento:		
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)						
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Vuido(a)						
15. Nombre de Cónyuge:		16. Fecha de último matrimonio:		17. ¿Cuántas personas dependen de usted?		
		(dd/mm/aa)				
18. Nombre de hijos(as) menores de 18 años:		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):		19. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?		
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
				20. ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en Puerto Rico?		
				(Años) (Meses)		
21. Servicio Militar:			24. Conteste Si o No:			
<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Veterano <input type="checkbox"/> Veterano Incapacitado			¿Ha sido destituido de algún puesto público? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
22. ¿Cuál es su clasificación en el Servicio Selectivo? _____			¿Ha sido convicto de algún delito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿A qué cuerpo de la reserva pertenece? _____			¿Ha sido Indultado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
23. Indique el número de años de servicios prestados al Gobierno anteriormente:			Naturaleza del Indulto?			
			<input type="checkbox"/> Absoluto <input type="checkbox"/> Condicional			
			¿Ha sido habilitado para ocupar algún puesto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
II. PREPARACIÓN ACADÉMICA						
25. Escuela Elemental, Intermedia y Superior		Fechas (mes y año)		¿Se graduó Usted?	Clase de Curso	Indique el Grado más alto cursado:
Nombre y Ciudad		Desde	Hasta			
						<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
						<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
						<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
26. Colegio, Universidad		Fechas (mes y año)		Créditos por Horas Semestre	Grado Conferido	Asignatura principal y secundaria:
Nombre y Ciudad		Desde	Hasta			
27. Otros Cursos (Comercial y por Correspondencia)		Fechas (mes y año)		Diploma o Certificado	Núm. de Horas Regulares	Asignaturas Cursadas:
Nombre y Ciudad		Desde	Hasta			
28. Detalles de licencias que posea, expresando clase, número y fecha de vencimiento:						
29. Detalle cualquier intrucción adicional que posea, no mencionada en los encasillados anteriores:						





**III. EXPERIENCIA DE TRABAJO**

A. En "Describa los deberes brevemente" indique la clase de trabajo que usted realizaba, así como los números y condición de los empleados bajo sus órdenes, si alguno. (Indique si el empleo requería de sus servicios solo parte del tiempo)

Duración del Empleo (Indique mes y año)	
30. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título de la Plaza: _____	Total: _____
Describa los deberes brevemente: _____	Sueldo Mensual
	Inicial: _____
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	Final: _____
31. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título de la Plaza: _____	Total: _____
Describa los deberes brevemente: _____	Sueldo Mensual
	Inicial: _____
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	Final: _____
32. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título de la Plaza: _____	Total: _____
Describa los deberes brevemente: _____	Sueldo Mensual
	Inicial: _____
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	Final: _____
33. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título de la Plaza: _____	Total: _____
Describa los deberes brevemente: _____	Sueldo Mensual
	Inicial: _____
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	Final: _____
34. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título de la Plaza: _____	Total: _____
Describa los deberes brevemente: _____	Sueldo Mensual
	Inicial: _____
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	Final: _____
35. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título de la Plaza: _____	Total: _____
Describa los deberes brevemente: _____	Sueldo Mensual
	Inicial: _____
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	Final: _____

**IV. REFERENCIAS**

36. De nombre y direcciones de cinco (5) personas que no sean parientes o expatronos suyos y que lo conozcan personalmente:

Nombre	Dirección	Teléfono	Tiempo que lo conocen





**IV. REFERENCIAS (continuación)**

37. De nombre y direcciones de cinco (5) personas que sean parientes o familiares:

Nombre	Dirección	Teléfono	Tiempo que lo conocen

**IV. CERTIFICACIÓN**

Por la presente certifico que la información aquí contenida es exacta y verídica, y que la misma ha sido expuesta sin la intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que de descubrirse cualquier falsedad o fraude en relación con lo por mi firmado, estaré sujeto a las penalidades de multa o encarcelamiento, o ambos, o a destitución, que prescribe la Ley de Personal del Servicio Público en casos de cualquier persona "que haya dado falso testimonio en cuanto a cualquier hecho concreto, o que haya realizado o intente realizar engaño o fraude en su solicitud o en sus exámenes o para conseguir elegibilidad o nombramiento".

Por la presente declaro que no abogo por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia, ni soy miembro de ninguna sociedad, grupo, asamblea y organización que abogue por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia.

(Si en el pasado ha abogado por el derrocamiento del Gobierno por la fuerza o la violencia, dé información en pliego aparte)

\_\_\_\_\_ (Firma)

\_\_\_\_\_ (Fecha)

**NOTA IMPORTANTE:**

Antes de remitir este formulario cerciórese de que todos los apartados han sido debidamente cumplimentados. Si necesita más espacio para dar información, use un pliego aparte.





**EXAMEN MÉDICO**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**



I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
1.	(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)
			(# Seguro Social)
2.	Negociado:		
3.	Departamento u Oficina:		
4.	Clasificación del Puesto Solicitado:		

II. HISTORIAL MÉDICO			
5. Indique si ha padecido o padece de lo siguiente:			
Enfermedades Nerviosas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Piedras del riñón
Azúcar o Albúmina en la orina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroide
Enfermedades oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedades estómago, hígado o intestinos
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedades del corazón
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Parálisis o neuritis
Tumores, quistes o cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Asma
Mareos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ataques de falta de respiración
Sordera	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta o baja
6. Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades que haya padecido y operaciones sufridas:			

7. Conteste "Si" o "No":	
a. ¿Es o ha sido adicto al uso habitual o excivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
b. De contestar lo anterior en la afirmativa. ¿se encuentra bajo algún tratamiento al presente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

III. EXAMEN FÍSICO			
8. Estatura, sin zapatos: _____ Pulgadas	10. Ojos:	a. Sin espejuelos	b. Con espejuelos
	1) Derecho	20/ _____	1) Derecho
	2) Izquierdo	20/ _____	2) Izquierdo
9. Peso con ropa: _____ Libras			

11. Apreciación de colores:	
a. ¿Está normal cuando se usa la placa de colores Ishihara?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
b. Si no, ¿puede el solicitante pasar otra prueba comparable?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

12. Oídos:		(Nota: Los denominadores indican lo normal. Llene el numerador como la distancia máxima a que puede oír una conversación ordinaria).
a. Derecho: _____	b. Izquierdo: _____	
(20 pies)	(20 pies)	

Evidencia de enfermedades			
13. Ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	19. Sistema gastro-intestinal
14. Oídos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	20. Tiroides
15. Nariz	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	21. Pecho y pulmones
16. Cavity bucal y garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	22. Corazón
17. Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	23. Hernia
18. Pies (describanse cicatrices y tatuajes)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	24. Sistema genitourinario





**Evidencia de enfermedades (continuación)**

25. Sistema endocrino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	27. Sistema neurológico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
26. Cicatrices de traumatismo previo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	28. Otros: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

29. Pulso	30. Presión arterial:	Sistólica _____
Regular: _____ Irregular: _____	Mm. Hg.	Diastólica _____

31. Radiografía del tórax: \_\_\_\_\_

32. Análisis de orina:

a. Gravedad específica: \_\_\_\_\_ b. Albúmina: \_\_\_\_\_ c. Azúcar: \_\_\_\_\_ d. Cilindros: \_\_\_\_\_

33. El solicitante puede desempeñar deberes que implican esfuerzo físico:  Fuerte  Moderado  Ligero

34. El médico examinador deberá revisar los apartados "II" y "III" de este formulario y elaborar o resumir en este espacio cualquier información adicional de importancia en el Historial Médico. Puede usar papel adicional si fuere necesario.

**IV. CERTIFICACIONES**

35. Certificación y Autorización del Solicitante:

Certifico que la información que he incluido en este formulario y la que he suplido al médico examinador es verdadera y completa. Autorizo a cualquier médico y hospital mencionado a suministrar información sobre mi expediente médico al Departamento de Seguridad Pública. Igualmente, autorizo al DSP a somerme en cualquier momento a un examen médico, con el médico que ellos seleccionen.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante (El solicitante debera firmar en presencia del médico examinador)

\_\_\_\_\_  
Fecha

36. Certificación del Médico:

Certifico que a base de la información que me ha suplido el solicitante y que he constado con el examen médico que he practicado, éste(a) está apto para ejercer las funciones esenciales del puesto solicitado conforme al Documento de Puesto que se incluye, sin acomodo razonable o con el siguiente acomodo razonable:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico Examinador

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Examinador

\_\_\_\_\_  
Fecha del Examen

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

Dirección:





**HOJA DE ASIGNACION Y DEVOLUCION DE CREDENCIALES**  
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

**I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	(# Placa o Identificación)
Negociado:			
Puesto que Ocupa:			

**II. ASIGNACIÓN DE CREDENCIALES**

Descripción	Número	Cantidad

Entregado a: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Entregado por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

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

**III. DEVOLUCIÓN DE CREDENCIALES**

Descripción	Número	Cantidad

Devuelto por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

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





**CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE DOBLE COMPENSACIÓN**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

Yo \_\_\_\_\_, certifico que no estoy actualmente recibiendo paga o compensación alguna por servicios a otra dependencia del Gobierno de Puerto Rico, Corporación Pública o Municipio. Tampoco me encuentro en uso de Licencia con Sueldo, o sin Paga, concedida por otra entidad del Gobierno.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha





**HOJA DE INCIDENCIAS**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	(Inicial)
(Núm. Seguro Social)	(Título del Puesto)		
(Negociado u Oficina)		(División o Sección)	
(Nombre del (de la) Supervisor(a))		(Título del (de la) Supervisor(a))	
Período de Evaluación:	Desde:	Hasta:	
	(dd/mm/aa)		(dd/mm/aa)

**II. INCIDENCIAS RELEVANTES**

**III. COMENTARIOS DEL (DE LA) EMPLEADO(A)**

_____ (Firma del (de la) Empleado(a))	_____ (Firma del (de la) Supervisor(a))
_____ (Fecha)	_____ (Fecha)





**HOJA DE ENTREVISTA Y/O INVESTIGACIÓN PRELIMINAR**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

	Se acompaña(n) anejo(s) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
(Núm. de Caso)		(Fecha de Entrevista)

**I. INFORMACIÓN DEL ENTREVISTADO:**

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	(Inicial)
Dirección:		Teléfono(s):	
		Celular:	
		Residencial:	
		Trabajo:	

**II. INFORMACIÓN PERTINENTE A LA ENTREVISTA:**

Nombre(s) de la(s) persona(s) de quien se queja:

a.	
b.	
c.	

Personas presentes en la entrevista:

a.	
b.	
c.	

Relación de hechos:





Relación de hechos (continuación):

Empty space for the continuation of the relationship of facts.

**III. CERTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO:**

CERTIFICO que la relación de hechos que antecede contiene todas las alegaciones relacionadas a la queja presentada. Además, he sido orientado(a) que puedo presentar una querrela escrita y bajo juramento ante el Director(a) Administrativa o ante el Funcionario(a) que este(a) delegue para que comience un proceso administrativo. Fui informado(a) que existe el **PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES DISCIPLINARIAS CONTRA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD PÚBLICA POR HOSTIGAMIENTO SEXUAL.**

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**IV. CERTIFICACIÓN DEL TESTIGO:**

CERTIFICO que he sido apercibido sobre la confidencialidad del asunto aquí tratado y que en mi presencia se le advirtió a la parte querellante de sus derechos y del requerimiento de la firma en este formulario, a lo que se ha negado por lo siguiente:

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**V. INFORMACIÓN FUNCIONARIO ARHRL**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Funcionario que realiza la entrevista)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Funcionario que realiza la entrevista)

\_\_\_\_\_  
(Puesto que ocupa)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)





**JOB APPLICATION**  
**(Human Resources and Labor Relations Area)**  
**Equal opportunities employer.**

When evaluating your application, the requirements of the class, experience, additional preparation and the courses or training you have taken and that are related to the position for which you are applying for the exam will be taken into consideration.

Position you are applying for: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DO NOT WRITE IN THIS SPACE		
<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Denied	<input type="checkbox"/> Returned
Date:	_____	
Analyst:	_____	

**INSTRUCTIONS**

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Please PRINT legibly.</li> <li>Complete the application in all its parts.</li> <li>Clearly state the Title of the Exam you are interested in taking.</li> <li>Include only photocopies of your evidence.</li> <li>Include Certification of Filing of Taxes.</li> <li>Include Certification of No Debt.</li> <li>If you have experience in another public service agency, please include the certification of duties for each position and the exact dates on which you held each position (beginning and termination).</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Candidates who indicate they have experience in private companies, excluded from the provisions of Act No. 8-2017, "Government of Puerto Rico Human Resources Administration and Transformation Act", must include with their request for exam, a certification from the Agency or Company where you have provided your services. This should include the following:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Position(s) occupied</li> <li>Salary</li> <li>Exact dates in which you held each position (understand, start and end dates)</li> <li>Detailed description of duties and nature of work.</li> </ol> </li> </ol> |
|--|---|

**I. PERSONAL INFORMATION**

				Gender:	
(Last name)		(Mother's maiden name)		(First name)	
Residential address:			Postal Address: <input type="checkbox"/> Same as Residential		<input type="checkbox"/> Female
					<input type="checkbox"/> Male
Email address: _____					
Phone(s) Number(s):			Citizenship:		
Cell phone:			A. Are you an American citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Residential:			Naturalized American citizens must show the certificate of naturalization. Foreigners legally authorized to work in the U.S. must present a valid document of authorization for employment.		
Work:					
Are you physically and mentally qualified to perform the essential functions of the job you are applying for?					
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Have you been convicted of a felony or of any crime that involves moral turpitude?					
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Have you been acquitted?					
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					





**II. EDUCATION**

Name of the Institution/State and City	Dates (month and year)		Did you graduate?	Path	Indicate the highest grade completed: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
	Start	End			
Elementary, Middle and High School					
University/College	Dates (month and year)		Credits for Semester Hours	Conferred Degree	Major
	Start	End			
Other Courses / Institutions	Dates (month and year)		Diploma or Certificate	Total hours/credits	
	Start	End			

Detail licenses that you have, indicating class, number and expiration date:


**Skills and Abilities**

Computer Programs

Program	Advanced	Intermediate	Basic
Microsoft Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Outlook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Others:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Languages**

Language	Talk	Write	Comprehend
Spanish	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic
English	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic
Others:	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Basic

Indicate which machine(s) and / or equipment(s) you know how to operate:

Computers       Other(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





### III. WORK EXPERIENCE

Make a chronological list of all your jobs both in Puerto Rico and abroad, starting from the most recent. The addresses must be complete. Include temporary jobs and those that only occupied part of the time.

A. Employer Name: _____		Start:	_____
Address: _____		End:	_____
Job Title: _____			
Describe the duties briefly: _____			
Name and title of your Immediate Supervisor: _____			
B. Employer Name: _____		Start:	_____
Address: _____		End:	_____
Job Title: _____			
Describe the duties briefly: _____			
Name and title of your Immediate Supervisor: _____			
C. Employer Name: _____		Start:	_____
Address: _____		End:	_____
Job Title: _____			
Describe the duties briefly: _____			
Name and title of your Immediate Supervisor: _____			

Have you been suspended or forced to quit any job?  Yes  No  
If the answer is "Yes", specify: \_\_\_\_\_

Have you been denied or canceled any license by any agency of the Municipal, State or Federal Government?  Yes  No  
If the answer is "Yes", specify: \_\_\_\_\_

Have you been dismissed from the Government?  Yes  No  
If the answer is "Yes", specify: \_\_\_\_\_

Have you been authorized to work in the Government by the Secretary of the Department of Labor?  Yes  No

### V. PREFERENCE AWARD (Include Evidence)

You are not required to provide the following information; but you have the right to do so for the purpose of receiving the preference benefits established by law. Your information will be kept confidential.

A. Disability	B. Nutritional Assistance Program
You are not obliged to report that you are a person with a disability but have the right to do so for the purposes of being considered for the benefits conferred by Act 81-1996, "Equal Employment Opportunity for Persons with Disabilities Act". In this case you must complete Attachment 1.	You are not required to report that you are a beneficiary of any nutritional assistance program, but you have the right to do so in order to be considered for the benefits conferred by Act 1-2004. In this case you must complete Attachment 2.
Do you request this benefit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you request this benefit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

### C. Veteran

Are you a:  
 Veteran  Disabled Veteran

To claim veteran preference, you must complete Attachment 3 and submit a Certificate of Release or Discharge from Active Duty (DD Form 214).

Do you request this benefit?  
 Yes  No





**VI. REFERENCES**

Name and address of three (3) individuals who are not relatives nor ex-employers and who know you personally:			
Name	Address	Phone	Years Known

**VII. CERTIFICATION AND AUTHORIZATIONS**

I certify that the information contained herein is accurate and true, and that it has been exposed without intent to distort the facts or commit fraud. I am aware that if any falsehood or fraud is discovered in relation to what is signed, I will be subject to the dismissal or imposition of another disciplinary measure, as provided in Section 6.3.3 (m) of Act No. 8 of February 4, 2017, in the case of any person "who has given false testimony as to any specific event, or who has performed or attempts to deceive or fraud their request or exams or to obtain eligibility or appointment".

\_\_\_\_\_ (Date)

\_\_\_\_\_ (Signature)

I hereby authorize any particular person or any corporation, institution, company, agency or public or private entity, to offer to the Secretary of the Puerto Rico Department of Public Safety or to the person(s) in whom he/she delegate any information they require about me, including that which relates to my conduct, reputation, health, habits or any other nature they deem necessary and relevant.

\_\_\_\_\_ (Date)

\_\_\_\_\_ (Signature)

This is to authorize the Department of Defense or his agencies, to furnish my full military service, disciplinary and medical records. To release these records to the Secretary of the Puerto Rico Department of Public Safety or his/her legal representative.

\_\_\_\_\_ (Date)

\_\_\_\_\_ (Signature)





**SOLICITUD DE EMPLEO**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**  
**Patrón con igualdad de Oportunidades en el Empleo.**

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.

Puesto que solicita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>		
<input type="checkbox"/> Aceptada	<input type="checkbox"/> Denegada	<input type="checkbox"/> Devuelta
Fecha:	_____	
Analista:	_____	

**INSTRUCCIONES**

- Escriba en letra de molde.
- Complete la solicitud en todas sus partes.
- Indique claramente el Título del Examen que interesa tomar
- Incluya solo fotocopias de su evidencia.
- Incluya Certificación de Radicación de Planillas.
- Incluya Certificación de No Deuda.
- Si posee experiencia en otra agencia del servicio público, favor de incluir la certificación 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 Núm. 8-2017, "Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico", deberán acompañar con su solicitud de examen, una certificación de la Agencia o Empresa donde haya prestado sus servicios. Esta debe incluir lo siguiente:
  - Puesto(s) ocupado(s)
  - Sueldo
  - Fechas exactas en que ocupó cada puesto (entiéndase, fechas de comienzo y terminación)
  - Descripción detallada de deberes y naturaleza del trabajo.

**I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

				Sexo:
(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)		
Dirección Residencial:		Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	<input type="checkbox"/> Femenino  <input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección de Correo Electrónico: _____				
Teléfono(s):		Ciudadanía:		
Celular:		A. ¿Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Residencial:		Los ciudadanos americanos naturalizados deben mostrar el certificado de naturalización. Extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los E.U. deben presentar documento vigente de autorización para empleo.		
Trabajo:				
¿Está usted física y mentalmente capacitado para desempeñar las funciones esenciales del puesto que solicita?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido indultado?				
<input type="checkbox"/> Absoluto <input type="checkbox"/> Condicional				





## II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre y Ciudad o Pueblo	Fechas (mes y año)		¿Se graduó Usted?	Curso	Indique el Grado más alto cursado: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
Escuela Elemental, Intermedia y Superior	Desde	Hasta			
Colegio, Universidad	Fechas (mes y año)		Créditos por Horas Semestre	Grado Conferido	Concentración
	Desde	Hasta			
Otros Cursos/Instituciones	Fechas (mes y año)		Diploma o Certificado	Total de Horas	
	Desde	Hasta			

Detalle licencias que posea, indicando clase, número y fecha de vencimiento:


### Destrezas y Habilidades

#### Programas de Computadoras

Programa	Avanzado	Intermedio	Básico
Microsoft Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Outlook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Idiomas

Idioma	Habla	Escribe	Entiende
Español	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico
Inglés	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico
Otros:	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico

Indique qué máquina(s) y/o equipo(s) sabe operar:

Computadoras       Otros: \_\_\_\_\_





### III. HISTORIAL OCUPACIONAL

Haga una relación cronológica de todos sus empleos tanto en Puerto Rico como en el extranjero, empezando desde el presente hasta su primer empleo. Las direcciones deben ser completas. Incluya trabajos temporeros y aquellos que solo lo ocupaba parte del tiempo.

A. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título del Puesto: _____	
Describa los deberes brevemente: _____	
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	
B. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título del Puesto: _____	
Describa los deberes brevemente: _____	
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	
C. Nombre del Patrono: _____	Desde: _____
Dirección: _____	Hasta: _____
Título del Puesto: _____	
Describa los deberes brevemente: _____	
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____	

¿Ha sido suspendido u obligado a renunciar de algún empleo?  Si  No  
Si la contestación es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

¿Le ha sido negada o cancelada alguna licencia por cualquier agencia del Gobierno Municipal, Estatal o Federal?  Si  No  
Si la contestación es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido destituido del Gobierno?  Si  No  
Si la contestación es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido habilitado para trabajar en el Gobierno por el (la) Secretario(a) del Departamento del Trabajo?  Si  No

### V. ADJUDICACIÓN DE PREFERENCIA (Incluir Evidencia)

Usted no esta obligado a suministrar la siguiente información; pero tiene derecho hacerlo a los efectos de recibir los beneficios de preferencia establecidas por ley. Su información será mantenida de forma confidencial.

A. Impedimento	B. Programa de Asistencia Económica
No esta obligado a informar que es persona con impedimento pero tiene derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 81-1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para personas con impedimentos. En tal caso debe completar el <b>Anejo 1</b> .	No esta obligado a informar que es beneficiario de algún programa de asistencia nutricional, pero tiene derecho de hacerlo a los efectos de que se le considere para los beneficios que confiere la Ley 1-2004. En tal caso debe completar el <b>Anejo 2</b> .
¿Solicita este beneficio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Solicita este beneficio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### C. Veterano

¿Es usted:  
 Veterano  Veterano Incapacitado

Para reclamar preferencia de veterano, debe completar el **Anejo 3** y someter **Certificado de Licenciamiento (Forma 214)**.

¿Solicita este beneficio?  
 Si  No





**VI. REFERENCIAS**

De nombre y direcciones de tres (3) personas que no sean parientes o expatronos suyos y que lo conozcan personalmente:

Nombre	Dirección	Teléfono	Tiempo que lo conocen

**VII. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIONES**

Certifico que la información aquí contenida es exacta y verídica, y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que descubrirse cualquier falsedad o fraude en relación con lo firmado, estaré sujeto a la destitución o la imposición otra medida disciplinaria, según se dispone en la Sección 6.3.3(m) de la Ley Núm.. 8 de 4 de febrero de 2017, en casos de cualquier persona "que haya dado falso testimonio en cuanto a cualquier hecho concreto, o que haya realizado o intente realizar engaño o fraude en su solicitud o sus exámenes o para conseguir elegibilidad o nombramiento".

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Firma)

Por la presente autorizo a cualquier persona particular o a cualquier corporación, institución, empresa, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezcan al Secretario del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico o a la(s) persona(s) en quien él (ella) delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione a mi conducta, reputación, salud, hábitos o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente.

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Firma)

This is to authorize the Department of Defense or his agencies, to furnish my full military service, disciplinary and medical records. To release these records to the Secretary of the Puerto Rico Department of Public Safety or his(her) legal representative.

\_\_\_\_\_

(Date)

\_\_\_\_\_

(Signature)





**ANEJO 1 - PREFERENCIA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS**  
**(Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996)**  
**Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

Usted no está obligado a informar que es una persona con impedimentos, pero tiene derecho a hacerlo a los efectos que se le considere para recibir los beneficios de la Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996, Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo para Personas con Impedimentos.

El Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico (DSP) le sumará cinco (5) puntos o el cinco (5%) por ciento, lo que sea mayor, a la puntuación obtenida en el examen de ingreso o ascenso suministrado para el puesto, siempre y cuando el examen se apruebe.

Los beneficios de esta Ley no aplicarán si la persona con impedimentos que solicita esta preferencia a su vez es elegible para recibir los beneficios conferidos en la Ley Núm. 13 del 2 de octubre de 1980, Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño.

**¿Quiénes cualifican?**

Toda persona con impedimento cualificada que tenga un récord o historial de dicho impedimento.

El término persona con impedimento cualificada para efectos de la Ley Núm. 81 de 1996, significa:

La persona cuyo impedimento físico o emocional afecta sustancialmente una o más de las actividades principales de su vida, y que, con acomodo razonable o sin éste, está capacitada para desempeñar las labores esenciales del puesto que ocupa o solicita. Además, debe reunir los demás requisitos de empleo, tales como experiencia, preparación académica y haber aprobado el examen de empleo, cuando lo hubiese, sin la ayuda de los cinco (5) puntos o el cinco por ciento (5%) a que tendrá derecho con posterioridad a haberlo aprobado.

Documento que deberá someter con la solicitud: Certificado médico o cualquier otra evidencia que acredite la condición. (Se garantizará la confidencialidad de la evidencia médica presentada)

Título del Puesto que solicita:			
(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	(Núm. Seguro Social)
Dirección Residencial:		Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	
Teléfono:			
Impedimento:			
Firma del Solicitante		Fecha	

PARA EL USO DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES	
¿Cualifica para los beneficios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>DRAFT</b>
_____ 5 puntos      _____ 5%	
Nombre del Evaluador	Firma del Evaluador
Clasificación	Fecha





**ANEJO 2 - PREFERENCIA PARA PERSONAS CON ASISTENCIA ECONÓMICA**  
**(Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996)**  
**Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

Esta Ley dispone que se otorgarán cinco (5) puntos sobre la nota mínima de pase si el (la) candidato(a) cumple con los siguientes requisitos:

1. Está en igualdad de condiciones académicas, técnicas o de experiencia que cualquier otro aspirante o solicitante al mismo cargo, empleo u oportunidad de trabajo.
2. Estar próximo(a) a cumplir sesenta (60) meses de participar de dichos beneficios.

La persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental no está obligada a informar que recibe los mismos, pero tiene derecho a reclamar este beneficio. La información suministrada por dicha persona en cuanto a su condición de beneficiario de las ayudas económicas gubernamentales será mantenida de forma confidencial.

Título del Puesto que solicita:			
(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	(Núm. Seguro Social)
Dirección Residencial:		Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	
Teléfono:			
Indique el programa de Asistencia Economica de los cuales recibe beneficios y acompañe la evidencia correspondiente:			
_____		_____	
Firma del Solicitante		Fecha	

PARA EL USO DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES	
¿Cualifica para los beneficios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
_____ 5 puntos	
_____	
Nombre del Evaluador	Firma del Evaluador
_____	_____
Clasificación	Fecha
_____	_____





**ANEJO 3 - PREFERENCIA A VETERANOS**  
**(Ley Núm. 81 del 27 de julio de 1996)**  
**Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

**NOTA: Antes de llenar este formulario, lea las instrucciones al dorso**

Título del Puesto que solicita:			
(Apellido Paterno)		(Apellido Materno)	
(Nombre)		(Núm. Seguro Social)	
Dirección Residencial:		Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	
Teléfono:			
<b>Origen de Preferencia:</b> <input type="checkbox"/> Veterano Incapacitado (Relacoinado con el Servicio) <input type="checkbox"/> Viuda de Soldado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Hijo menor de 21 años de Vetarano quien no le sobrevive viuda <input type="checkbox"/> Vuida de Veterano <input type="checkbox"/> Hijo menor de 21 años de Soldado Fallecido a quien no le sobrevive vuida			
Fecha de Ingreso al Servicio Militar: _____			
Fecha de Separación del Servicio: _____			
_____		_____	
Firma del Solicitante		Fecha	

PARA EL USO DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES	
¿Cualifica para los beneficios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
_____ 5 puntos	_____ 10 puntos
_____	_____
Nombre del Evaluador	Firma del Evaluador
_____	_____
Clasificación	Fecha





**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ANEJO 3**

Quienes Cualifican	Requisitos	Documentos que deberán someter
<p><b>I. Veteranos</b></p>	<p>A. Ser natural o residente de Puerto Rico.</p> <p>B. Servicio activo de la Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de America.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por tres meses o más.</li> <li>2. Durante los siguiente períodos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. (6 de abril de 1917 a 2 de julio de 1921 - Primera Guerra Mundial).</li> <li>b. (7 de diciembre de 1941 a 1 de julio de 1955 - Segunda Guerra Mundial y Conflicto de Corea).</li> <li>c. (5 de agosto de 1964 al 7 de mayo de 1975 - Acción Policial de Vietnam).</li> <li>d. (Más de 180 días consecutivos entre el 31 de enero del 1955 y el 14 de octubre de 1976. El período inicial de seis meses como Guardia Nacional o Reserva no cuenta para estos propósitos).</li> <li>e. Afganistán (24 de octubre de 2001 al presente, 19 de marzo de 2003 al presente).</li> <li>f. Irak (11 de enero de 1997 al presente, 31 de diciembre de 1998 al 31 de diciembre de 2002, 24 de octubre de 2001 al presente, 19 de marzo de 2003 al presente).</li> <li>g. Golfo Pérsico (Agosto de 1990 al presente).</li> </ol> </li> <li>3. Licenciamiento Honorable de las Fuerzas Armadas</li> </ol>	<p>A. Uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia fotostática del Informe de Licenciamiento, Forma DD-214c.</li> <li>2. Certificación de la Administración Federal de Veteranos indicando lo siguiente:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Período de servicio activo en las Fuerzas Armadas.</li> <li>2. Clase de Licenciamiento (Honorable).</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>II. Veteranos Incapacitados</b></p>	<p>A. Los mismos requisitos de la sección <b>I. Veteranos</b>.</p>	<p>A. Los mismos Documentos de la sección <b>I. Veteranos</b>, mas documentación oficial de la Administración Federal de Veteranos indicando la naturaleza de la incapacidad y la fecha en que ocurrió la misma.</p>
<p><b>III. Viudas de Veteranos</b></p>	<p>A. De aquellos veteranos que reúnan los requisitos indicados en la sección <b>I. Veteranos</b>, mientras permanezca en estado de viudez.</p>	<p>A. Uno de los documentos indicados en la sección <b>I. Veteranos</b>.</p> <p>B. Certificado de Defunción del Veterano.</p> <p>C. Certificado de Matrimonio.</p>
<p><b>IV. Viudas de Soldados</b></p>	<p>A. De aquellos soldados fallecidos durante los períodos indicados en la sección <b>I. Veteranos</b>, mientras permanezcan en estado de viudez.</p>	<p>A. Uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia fotostática de la carta notificandole defunción y derechos inherentes.</li> <li>2. Certificación de la Administración Federal de Vetarenos indicando:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Que es la viuda de un soldado fallecido.</li> <li>b. Fecha de defunción.</li> </ol> </li> </ol>





**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ANEJO 3 (continuación)**

<b>Quienes Cualifican</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Documentos que deberán someter</b>
<b>V. Hijos menores de 21 años de Veteranos Fallecidos</b>	A. De aquellos veteranos fallecidos que hubieran reunido los requisitos indicados en la sección I. <b>Veteranos</b> . B. Que al veterano fallecido no le sobreviva la viuda.	A. Uno de los documentos indicados en la sección I. <b>Veteranos</b> . B. Certificado de Defunción del Veterano. C. Acta de nacimiento del Solicitante.
<b>VI. Hijos menores de 21 años de Soldados Fallecidos</b>	A. De aquellos veteranos fallecidos que hubieran reunido los requisitos indicados en la sección I. <b>Veteranos</b> . B. Que al veterano fallecido no le sobreviva la viuda.	A. Copia fotostática de la carta notificando defunción y derechos inherentes o Certificación de la Administración Federal de Veteranos indicando: 1. Que es hijo de un soldado fallecido. 2. Fecha de defunción. B. Acta de nacimiento del Solicitante.





**DOCUMENTOS PARA SER ENTREGADOS CON SU SOLICITUD DE EXAMEN  
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

- Solicitud de Empleo
  - Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos (**últimos cinco (5) años**)
  - Formulario SC 2781 (**certificación de razones por las cuales no está obligado por ley a rendir planillas de contribución sobre ingresos de individuos**)
  - Certificación de NO Deuda de Contribución sobre Ingresos o **Evidencia del Plan de Pago**
  - Certificación de Administración de Sustento de Menores (**ASUME**)
  - Diploma de Cuarto Año Escuela Superior o su equivalente (**original y copia**)
  - Evidencia de Preparación Académica (**original y copia**)
    - a. Transcripción de Créditos
    - b. Diploma Grado Asociado
    - c. Diploma de Bachillerato
    - d. Otras
- Si usted completó estudios en universidades fuera del territorio de EU, deben acompañar validación de estudios en los EU.**
- Licencia para Ejercer Profesión (si aplica)
  - Colegiación (si aplica)
  - Licencia de Conducir (**si aplica, original y copia**)
  - Evidencia Militar DD-214 o Certificación de la Administración de Veteranos
  - Certificación emitida por el Programa de Asistencia Económica Gubernamental (TANF). Personas que se encuentran bajo los beneficios de los Programas de Asistencia bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral de Puerto Rico. Cuando está próximo a cumplir (60) meses de participar de dichos beneficios.
  - Personas con impedimentos, **deberá presentar Certificación Médica emitida por autoridad competente**, con no menos de doce (12) meses, que certifique la condición de Impedimento de la persona.
  - Otros: .

\*Todo documento obtenido a través del internet, **tiene que ser validado.**

\*\*Toda experiencia de trabajo que esté relacionada con el puesto y desee ser considerada, **tiene que traer certificación de empleo.**

\*\*\*Para las convocatorias internas, **la solicitud tiene que venir acompañada de la certificación como empleado activo de la Rama Ejecutiva** y que incluya: nombre, puesto, responsabilidades y vigencia del tiempo.

\*\*\*\***Deberá traer todos los documentos y dentro del término establecido en la publicación, de lo contrario no se evaluará su solicitud.**

**Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones: CEE-SA-2020-**





## CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS NOMBRAMIENTO EMPLEADOS CIVILES

### (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Yo, Entre Nombre del Analista de Recursos Humanos, certifico que durante el proceso de Nombramiento completé, entregué y/o recibí los siguientes documentos:

1. \_\_\_ Solicitud de Empleo (DSP-SAGA-RH-010).
2. \_\_\_ Historial de Personal (DSP-SAGA-RH-004).
3. \_\_\_ **Verificación de Elegibilidad de Empleo.**
4. \_\_\_ Registro Estatal de Nuevos Empleados(as).
5. \_\_\_ Certificado de Exención para la Retención.
6. \_\_\_ Nuevo Plan de Aportaciones Definidas y Actualización de Datos Demográficos (ASR-PA-089).
7. \_\_\_ Designación Beneficiarios Administración Sistemas de Retiro (ASR-PA-094).
8. \_\_\_ Designación Beneficiario Asociación Empleados ELA (AEELA-201).
9. \_\_\_ Autorización Ingreso y Descuento Fondo Ahorro y Préstamos (AE-194).
10. \_\_\_ Certificación de Cumplimiento con requisitos de Autorización previa, conforme Ley 66-2014, "Ley Especial de Sostenibilidad Fiscal".
11. \_\_\_ Autorización envío copia examen físico al Administrador del Fondo del Seguro del Estado.
12. \_\_\_ Recibo 1 – Ley Núm. 1 de 3 de enero de 2012, "Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico"; y el Reglamento de Asuntos Programáticos de la Oficina de Ética Gubernamental de PR Núm. 8231 del 17 de julio de 2012.
13. \_\_\_ Recibo 2 – **Reglamento del Programa de Detección de Sustancias Controladas en Funcionarios y Empleados del Departamento de Seguridad Pública.**

**DRAFT**





14. \_\_\_ Recibo 3 – Declaración de Política Pública para Garantizar la Igualdad de Oportunidades de Empleo y Género.
15. \_\_\_ Recibo 4 – Ley Núm. 17-1988, “Ley para Prohibir el Hostigamiento Sexual en el Empleo, Imponer Responsabilidades y Fijar Penalidades”; y el **Reglamento para Establecer la Política Pública y Procesamiento para Radicar Querellas de Hostigamiento Sexual en el Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico.**
16. \_\_\_ Recibo 5 – Ley Núm. 20-2017, “Ley para el Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico”.
17. \_\_\_ Recibo 6 – **Reglamento Interno para la Prevención de Discrimen, Hostigamiento y Represalias del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico.**
18. \_\_\_ Recibo 7 – **Reglamento de Personal para los Empleados de Carrera del del Sistema Clasificado PPR (8263), del 5-octubre-2012.**
19. \_\_\_ Autorización de Pago de Nómina.
20. \_\_\_ Certificación del Banco o Cooperativa para Depósito Directo.
21. \_\_\_ Dos (2) fotos 2 X 2.
22. \_\_\_ Nombramiento y Juramento (OP11).
23. \_\_\_ Carta de Nombramiento.

**DRAFT**

Dado hoy Entre día de Entre Mes de Entre año.

\_\_\_\_\_  
(Firma)





## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA\*

(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

### I. CERTIFICACIÓN DE AUTORIDAD NOMINADORA O REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Yo, Nombre Representante Autoridad Nominadora, Autoridad Nominadora o Funcionario Delegado del \_\_\_\_\_, certifico que esta entidad obtuvo de la Oficina de Gerencia y Presupuesto, y de la Secretaría de la Gobernación según aplique, las autoridades requeridas, para efectuar el nombramiento de Entre Nombre del Empleado para el puesto de Entre Puesto Solicitado.

[Click para fecha](#)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

### II. RECONOCIMIENTO DE RIESGO DE NULIDAD

Yo, Entre Nombre del Empleado, nombrado(a) en el día de hoy para ocupar el puesto de Entre Puesto Solicitado en la entidad del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico, reconozco el riesgo de nulidad de mi nombramiento por cualquier incumplimiento por parte de la Autoridad Nominadora con las autorizaciones requeridas para ocupar puesto según la reglamentación aplicable. Reconozco que tengo derecho a exigir evidencia de las autorizaciones requeridas por dicha ley.

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma)





**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	(Inicial)
(Correo Electrónico)		(Núm. Seguro Social)	
(Negociado o Secretaría a la que pertenece)		(Fecha de Nacimiento)	

**II. BENEFICIARIOS DESIGNADOS**

Nombres y Apellidos del Beneficiario	Fecha de Nacimiento	Núm. Seguro Social	Relación con el Empleado	Dirección Postal	% del Beneficio

**El porciento (%) TOTAL, al sumarse el de los beneficiarios, deberá ser cien porciento (100%)** TOTAL **0%**

Además, dispongo que si alguno de los beneficiarios aquí designados no me sobrevive, el feneificio correspondiente a este beneficiario se distribuya por partes iguales entre los demas beneficiarios.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Dirección Postal:

En el caso de que el participante este incapacitado para firmar, utilice los siguiente encasillados para sus huellas digitales.

Pulgar Izquierdo	Pulgar Derecho
------------------	----------------

**III. TESTIGOS (Ninguna persona que figure como beneficiario en esta designación podrá firmar como testigo)**

<p>1. _____ (Nombre del Testigo)</p> <p>_____</p> <p>(Firma del Testigo)</p> <p>Dirección Residencial:</p>	<p>2. _____ (Nombre del Testigo)</p> <p>_____</p> <p>(Firma del Testigo)</p> <p>Dirección Residencial:</p>
--	--





## **AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON EL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**

**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

Yo, Entre nombre del Empleado, por la presente autorizo al Secretario del Departamento de Seguridad Pública o la persona en quien el delegue para que envíe al Administrador del Fondo del Seguro del Estado, copia del examen físico que se me practicará como requisito para ingreso en la Agencia, a los fines de que el mismo sea utilizado exclusivamente para asuntos oficiales entre ambas Agencias.

Dado hoy, día de Entre mes de Entre año.

---

(Firma del Empleado)





## CERTIFICACIÓN DE ACUSE DE RECIBO (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Yo, Entre Nombre del Empleado, certifico que durante el proceso de Nombramiento recibí los siguientes documentos:

### Iniciales

1. \_\_\_\_\_ Recibo 1 – Ley Núm. 1 de 3 de enero de 2012, “Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico”; y el Reglamento de Asuntos Programáticos de la Oficina de Ética Gubernamental de PR Núm. 8231 del 17 de julio de 2012.
2. \_\_\_\_\_ Recibo 2 – Declaración de Política Pública para Garantizar la Igualdad de Oportunidades de Empleo y Género.
3. \_\_\_\_\_ Recibo 3 – Ley Núm. 17-1988, “Ley para Prohibir el Hostigamiento Sexual en el Empleo, Imponer Responsabilidades y Fijar Penalidades”.
4. \_\_\_\_\_ Recibo 4 – Ley Núm. 20-2017, “Ley para el Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico”.
5. \_\_\_\_\_ Ley Núm. 95 de 23 de abril de 2004, según enmendada, “Ley para Prohibir el Discrimen Contra las Madres que Lactan a sus Niños o Niñas”.
6. \_\_\_\_\_ Ley Núm. 83 de 29 de julio de 2019, “Ley de Licencia Especial para Empleados con Situaciones de Violencia Doméstica o de Género, Maltrato de Menores, Hostigamiento Sexual en el Empleo, Agresión Sexual, Actos Lascivos o de Asecho en su Modalidad Grave”.
7. \_\_\_\_\_ Ley Núm. 85 de 7 agosto de 2017, según enmendada, “Ley Contra el Hostigamiento e Intimidación o *Bulling* del Gobierno de Puerto Rico o Ley Alexander Santiago Martínez”.
8. \_\_\_\_\_ Ley Núm. 22 de 29 de mayo de 2013, “Ley para Prohibir el Discrimen por Orientación Sexual e Identidad de Género en el Empleo”.
9. \_\_\_\_\_ Ley Núm. 26-2017 “Ley de Cumplimiento con el Plan Fiscal”.
10. \_\_\_\_\_ Ley Núm. 8-2017 y Reglamento 8892 “Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico”.

Dado hoy Entre día de Entre Mes de Entre año.

\_\_\_\_\_ (Firma)





HOJA DE EVALUACIÓN DEL PERSONAL SUPERVISOR EN PERÍODO PROBATORIO¹
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Instrucciones: Utilice este formulario para evaluar las ejecutorias y el comportamiento del personal supervisor en período probatorio. Provea la información que se solicita a continuación. Marque con una equis (X) en el recuadro que considere apropiado, para indicar el nivel de ejecución asignado a cada criterio de evaluación. En caso de que el empleado obtenga un (No Alcanza) en cualquiera de los criterios evaluados, exponga las razones para ello en el apartado provisto para comentarios, en la Hoja de Comentarios que se incluye con el formulario. Asimismo, haga cualquier anotación pertinente para aclarar o fundamentar la evaluación otorgada. Discuta con el empleado cada una de las evaluaciones efectuadas para informarle acerca de sus fortalezas y las áreas en las que debe mejorar. Estimule al empleado para alcanzar los niveles más altos de desarrollo y crecimiento profesional. En las evaluaciones preliminares solamente se requerirá la firma del supervisor inmediato y el empleado, como evidencia de que la evaluación fue discutida formalmente. El Director de Recursos Humanos certificará la misma mediante su firma. En la evaluación final firmará, además, el jefe de la Agencia o su representante autorizado. Si como resultado de la evaluación, el empleado va a ser separado de su empleo, firmará el jefe de la Agencia. La evaluación original se archiva en el expediente del empleado en la Agencia. La primera copia es para el supervisor inmediato, y la segunda copia se entregará al empleado. En este formulario deberá entenderse que todo término utilizado para referirse a una persona o puesto alude a ambos géneros.

- Primera Evaluación
Segunda Evaluación
Tercera Evaluación
Evaluación Final

Form fields for: Nombre del empleado, Agencia, Título del Puesto, Número de Puesto, Seguro Social, Área de Trabajo, Período Evaluado, Fecha de Vencimiento del Período Probatorio, Nombre y Clasificación del Supervisor Inmediato.

¹ Reglamento 8992, 24 julio 2020 "Reglamento para la Aplicación de la Ley Núm. 8-2017, Según Enmendada".





	Niveles de Ejecución		
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza
<p><b>1. Conocimiento del Trabajo:</b> Dominio que ejerce el empleado acerca de las funciones en el puesto que ocupa.</p>	<input type="checkbox"/> Demuestra tener un vasto conocimiento de sus funciones, por lo que requiere un mínimo de supervisión.	<input type="checkbox"/> Posee los conocimientos suficientes acerca de su trabajo para poder desempeñarse de manera satisfactoria.	<input type="checkbox"/> Exhibe un pobre conocimiento de las funciones a realizar en el puesto que ocupa.
<p><b>2. Planificación:</b> La forma de preparar los planes de trabajo, enfocando las prioridades de la Agencia, mediante el establecimiento de metas y objetivos operacionales, tomando en consideración la distribución del tiempo, las tareas y los recursos disponibles.</p>	<input type="checkbox"/> Es diestro desarrollando e implantando planes de trabajo prácticos y viables. Establece metas realistas y maximiza el uso de los recursos disponibles. Tiene planes de contingencia para contrarrestar los atrasos causados por otros. Ayuda a los demás a mantenerse organizados y a tiempo.	<input type="checkbox"/> Establece planes de trabajo con metas y objetivos que son congruentes con las prioridades de la Agencia. Planifica de forma adecuada la distribución del tiempo, las tareas y los recursos disponibles.	<input type="checkbox"/> Sus planes de trabajo no reflejan las prioridades de la Agencia, ni las metas y objetivos específicos. Demuestra dificultad en la planificación de la distribución del tiempo, las tareas y los recursos disponibles.
<p><b>3. Organización:</b> La manera de agrupar, ordenar y distribuir las tareas equitativamente, de acuerdo con las capacidades y destrezas de los recursos disponibles, y las metas y objetivos establecidos en el plan de trabajo.</p>	<input type="checkbox"/> Se distingue por ser muy diligente al organizar el trabajo según las necesidades de servicio, y las prioridades existentes para cada situación en particular. Distribuye las tareas con acierto para cumplir cabalmente con las metas y objetivos establecidos, y <b>mantener</b> un flujo de trabajo constante.	<input type="checkbox"/> Ejerce buen juicio en la organización y distribución del trabajo, tomando en consideración las destrezas de su personal y las metas y objetivos establecidos.	<input type="checkbox"/> Organiza el trabajo de manera incorrecta y la distribución de las tareas es inadecuada. Esto ocasiona una acumulación de trabajo, que dificulta o imposibilita cumplir con lo establecido.
<p><b>4. Dirección:</b> Liderar a los empleados con la confianza y convicción necesarias para lograr la credibilidad, colaboración y el compromiso de ellos; y promover los cambios que permitan el logro de las metas y objetivos establecidos. Incluye la asignación de tareas, toma de decisiones, orientación e instrucciones; corrección, formación y educación de los empleados, y la solución efectiva de situaciones imprevistas.</p>	<input type="checkbox"/> Entiende claramente que dirigir es facilitar el éxito del equipo de trabajo y de la Agencia. Dedicar el tiempo y el esfuerzo necesario para el logro de las metas y objetivos establecidos. Establece un espíritu de equipo excelente. Exhibe un comportamiento que genera la confianza y el respeto de los empleados y compañeros de trabajo. Sus empleados le muestran una gran lealtad. Es diligente en la toma de decisiones firme y en la solución de problemas. Utiliza a su personal de forma eficiente y efectiva, y les provee los recursos necesarios para que alcancen los resultados esperados. Dirige numerosos proyectos exitosamente.	<input type="checkbox"/> Generalmente, fomenta la participación de los empleados con respecto a la aportación de ideas y propuestas, que permitan alcanzar las metas y objetivos establecidos. Asigna las tareas, pero le da la libertad a sus supervisados de seleccionar la manera de efectuarlas; y de ser necesario, interviene ante cualquier situación imprevista.	<input type="checkbox"/> Manifiesta ser incapaz de desarrollar equipos y dirigir las actividades de otros. Da órdenes en vez de guiar a los demás hacia el logro de los resultados. Rara vez ayuda a resolver las disputas entre los empleados. Demuestra inseguridad en las reuniones con su personal. No solicita opiniones ni tampoco involucra a su gente en la toma de decisiones. Ha fallado en orientar, guiar o aconsejar a sus empleados en varias situaciones donde era necesario hacerlo. No goza de la confianza de sus empleados.



CRITERIOS	Niveles de Ejecución		
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza
<p>5. <b>Control:</b> Establecer mecanismos para evaluar la efectividad de los planes de trabajo, medir los resultados y corregir las desviaciones que se presenten. Incluye la inspección, el seguimiento a la implantación del plan de trabajo a través de mediciones periódicas durante el transcurso de las actividades programadas, la identificación de los problemas surgidos, la forma de efectuar los ajustes necesarios, la preparación de informes periódicos acerca del desarrollo de las actividades programadas y las estadísticas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Visualiza el control como un medio para mejorar los procesos. Da seguimiento continuo a los trabajos asignados a su personal, y valida el estatus y cumplimiento de los mismos en reuniones periódicas. Identifica los problemas potenciales antes de que ocurran y toma acción preventiva al respecto. Hace los ajustes necesarios para resolver con prontitud las dificultades o inconvenientes que surgen sobre la marcha. Es capaz de darle seguimiento a múltiples asuntos y problemas. Rinde informes completos y específicos, según sean requeridos. Es experto en el uso de control de procesos estadísticos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Provee un seguimiento apropiado a sus empleados. Administra bien el cambio de prioridades. Presta atención a los detalles cuando es necesario. En ocasiones, identifica los problemas a medida que surgen y hace los ajustes correspondientes al respecto. Rinde los informes de progreso solicitados.</p>	<p><input type="checkbox"/> No da seguimiento periódico o efectivo a los trabajos asignados a sus supervisados. Permite que los problemas permanezcan por largo tiempo. No hay medición de los resultados. Las crisis surgen regularmente en su área de responsabilidad. A menudo está fuera de contacto con el flujo de trabajo diario, y desconoce si está cumpliendo con lo establecido en el plan de trabajo.</p>
<p>6. <b>Evaluación de los Empleados:</b> La utilización responsable y objetiva de un sistema de evaluación y motivación de empleados que promueva el crecimiento y desarrollo profesional de estos, y valide el logro de las metas y objetivos establecidos en el plan de trabajo. Incluye la habilidad para observar y documentar la conducta del empleado en el desempeño de sus funciones, recopilar información pertinente; proveer retroalimentación frecuente y apropiada al empleado acerca de sus ejecutorias, y estimularlo a desarrollar su potencial al máximo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Evalúa con gran precisión las ejecutorias de sus empleados a base del logro de los objetivos acordados. Documenta las observaciones con suficiente información para validar la evaluación conferida. Ofrece retroalimentación frecuente. Es hábil reconociendo las fortalezas y debilidades de su personal e identificando las necesidades de adiestramiento, readiestramiento o promoción. Demuestra un interés genuino por el progreso y desarrollo profesional de sus empleados, brindándoles oportunidades de crecimiento y adiestramientos especializados. Fomenta el compromiso y la motivación de sus empleados para que utilicen su potencial al máximo en la consecución de las metas y objetivos establecidos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Desempeña bien las responsabilidades que conlleva el evaluar a los empleados. Enfoca las evaluaciones en el cumplimiento de metas y objetivos establecidos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Demuestra incomodidad con el proceso evaluativo. Con frecuencia entrega las evaluaciones de su personal después de la fecha estipulada para ello, y no documenta las mismas; solo desea sacarlas de su escritorio. No motiva efectivamente a sus empleados ni promueve su desarrollo profesional. No provee retroalimentación adecuada, pero penaliza al empleado en su evaluación por su pobre desempeño. Los empleados regularmente están en desacuerdo con sus evaluaciones. Se muestra defensivo ante los reclamos de su personal por la evaluación recibida.</p>



CRITERIOS	Niveles de Ejecución		
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza
7. <b>Productividad:</b> Cantidad de trabajo que realiza el empleado, tomando en consideración sus conocimientos, destrezas, el tipo y grado de dificultad de las funciones correspondientes, y el tiempo requerido para efectuarlas.	<input type="checkbox"/> Exhibe un alto nivel de desempeño de manera consistente al cumplir cabalmente con todas las tareas y proyectos asignados en las fechas establecidas, y con frecuencia se anticipa a ellas.	<input type="checkbox"/> Cumple regularmente con los trabajos solicitados en el período establecido. En ocasiones, da la milla extra en el desempeño de sus funciones.	<input type="checkbox"/> No completa la mayoría de las encomiendas de trabajo en el tiempo requerido. Su ejecución está muy por debajo de lo esperado para el puesto que ocupa. Demuestra desinterés por los objetivos no alcanzados.
8. <b>Calidad del trabajo:</b> Grado de excelencia y exactitud con la cual el empleado ejecuta sus deberes y responsabilidades. Incluye la ausencia de errores.	<input type="checkbox"/> Desempeña su labor de manera muy competente, y se distingue por producir resultados confiables en términos del contenido, precisión, credibilidad y presentación. Rara vez comete errores y sus recomendaciones se consideran favorablemente.	<input type="checkbox"/> Realiza el trabajo en forma adecuada, confiable y con un mínimo de errores.	<input type="checkbox"/> La calidad del trabajo continuamente está por debajo de lo esperado para el nivel de clasificación de su puesto. El exceso de errores cometidos ha ocasionado problemas o inconvenientes.
9. <b>Comunicación:</b> Facilidad de expresión que demuestra el empleado en forma oral y escrita en el desempeño de su trabajo.	<input type="checkbox"/> Transmite los mensajes correctamente, y promueve una comunicación abierta y bidireccional. Su extenso vocabulario lo emplea cabalmente. Da instrucciones claras y específicas, tomando en consideración el nivel general de habilidad de sus empleados. Redacta con claridad, coherencia, óptima sintaxis y ortografía. Demuestra una gran habilidad para simplificar la información compleja, y transmitirla de manera convincente y fácil de entender.	<input type="checkbox"/> Utiliza un lenguaje apropiado para la ocasión en su comunicación oral y escrita. Se expresa de manera correcta.	<input type="checkbox"/> Presenta dificultad para expresar sus ideas con claridad, coherencia y precisión en forma oral y escrita. Utiliza un lenguaje inaceptable y comete errores gramaticales al hablar, lo cual crea malestar y confusión en los oyentes. No sabe cómo hacer preguntas que dirigirán el trabajo de sus empleados. Sus comunicaciones escritas son confusas, y con frecuencia tiene que clarificar la información de estas.
10. <b>Relaciones Interpersonales:</b> Conducta que se exhibe en el trato diario con los supervisores, compañeros de trabajo, empleados y usuarios de servicios de la Agencia.	<input type="checkbox"/> Demuestra una gran habilidad para establecer confianza, armonía, respeto y profesionalismo en sus relaciones cotidianas con los demás. Su tacto, cortesía y discreción contribuyen significativamente a crear un ambiente de trabajo positivo y saludable.	<input type="checkbox"/> Se relaciona con las personas de manera aceptable. Es respetuoso y profesional en su modo de proceder.	<input type="checkbox"/> Se comporta en forma inapropiada y descortés. Demuestra poca tolerancia en el trato hacia los demás. Con frecuencia es ofensivo y tiende a crear situaciones conflictivas.



CRITERIOS	Niveles de Ejecución		
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza
11. <b>Cooperación:</b> Actitud y disposición para colaborar en la consecución de los objetivos de servicio de la Agencia.	<input type="checkbox"/> Se distingue por aportar más de lo requerido. Efectúa encomiendas especiales y/o trabajos adicionales con interés y entusiasmo. Ofrece ayuda a los demás sin que se le solicite. Está disponible con frecuencia para laborar fuera del horario regular de trabajo, cuando la necesidad del servicio así lo amerite.	<input type="checkbox"/> Muestra disponibilidad para ayudar a los demás. Colabora siempre y cuando lo requieran sus deberes y responsabilidades.	<input type="checkbox"/> Asume una actitud negativa cuando se le solicita que realice otras tareas necesarias para lograr los objetivos establecidos. Rara vez está disponible para colaborar de acuerdo con los requerimientos de sus deberes y responsabilidades; incluso, fuera del horario regular de trabajo debido a necesidades del servicio. No ofrece su ayuda, aunque se le requiera.
12. <b>Disciplina:</b> El cumplimiento de las normas de conducta establecidas por la Agencia para propiciar el mejor funcionamiento de esta.	<input type="checkbox"/> Constantemente obra de conformidad con las normas de conducta establecidas.	<input type="checkbox"/> Su manera de proceder demuestra concordancia con las normas de conducta establecidas.	<input type="checkbox"/> Incumple continuamente con las normas de conducta establecidas.
13. <b>Asistencia:</b> La regularidad con la que se cumple con las normas de jornada de trabajo y asistencia establecidas por la Agencia.	<input type="checkbox"/> Cumple cabalmente con la norma establecida. Rara vez se ausenta, por lo que representa un ejemplo a seguir para los demás.	<input type="checkbox"/> Sus ausencias son ocasionales, y su récord de asistencia es conforme a la norma establecida.	<input type="checkbox"/> Se ausenta con frecuencia. Su récord de asistencia es inaceptable al compararse con la norma establecida.
14. <b>Puntualidad:</b> La regularidad con la que se cumple con el horario de trabajo establecido.	<input type="checkbox"/> Es consistente con el cumplimiento del horario de trabajo establecido. Se distingue por ser muy puntual.	<input type="checkbox"/> Sus tardanzas son esporádicas, y el total de estas es congruente con la norma establecida.	<input type="checkbox"/> Su récord de asistencia refleja una cantidad de tardanzas que excede la norma establecida.

**CERTIFICO** que el resultado de esta evaluación se discutió con el empleado.

**CERTIFICO**, además, que los servicios rendidos por este empleado durante el período probatorio:

- fueron satisfactorios y que  pasará a ser empleado regular.  
 **no** fueron satisfactorios y que  **no** pasará a ser empleado regular.

Razón(es) para **no** aprobar el período probatorio:  Servicios  Hábitos  Actitudes

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor Inmediato

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Director Recursos Humanos

\_\_\_\_\_  
Firma de la Autoridad Nominadora

\_\_\_\_\_  
Fecha



**HOJA DE COMENTARIOS EVALUACIÓN DEL PERSONAL SUPERVISOR EN PERÍODO  
PROBATORIO<sup>1</sup>**  
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

**Instrucciones:** Utilice este documento (como espacio adicional) para exponer las razones que validan el nivel de ejecución otorgado al empleado en cada criterio evaluado.

- Primera Evaluación       Segunda Evaluación       Tercera Evaluación       Evaluación Final

<b>Nombre del empleado:</b> _____
<b>Agencia:</b> _____
<b>Seguro Social: xxx-xx-</b> _____
<b>Período Evaluado:</b> _____
<b>Nombre del Supervisor Inmediato:</b> _____
<b>Firma:</b> _____
<b>Fecha:</b> _____

Criterios	Comentarios
1. Conocimiento del Trabajo	
2. Planificación	

<sup>1</sup> Reglamento 8992, 24 julio 2020 "Reglamento para la Aplicación de la Ley Núm. 8-2017, Según Enmendada".





<b>Criterios</b>	<b>Comentarios</b>
3. Organización	
4. Dirección	
5. Control	
6. Evaluación de los Empleados	
7. Productividad	



<b>Criterios</b>	<b>Comentarios</b>
8. Calidad del Trabajo	
9. Comunicación	
10. Relaciones Interpersonales	
11. Cooperación	



<b>Criterios</b>	<b>Comentarios</b>
12. <b>Disciplina</b>	
13. <b>Asistencia</b>	
14. <b>Puntualidad</b>	



HOJA DE EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE CARRERA EN PERÍODO PROBATORIO¹
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Instrucciones: Utilice este formulario para evaluar las ejecutorias y el comportamiento del personal supervisor en período probatorio. Provea la información que se solicita a continuación. Marque con una equis (X) en el recuadro que considere apropiado, para indicar el nivel de ejecución asignado a cada criterio de evaluación. En caso de que el empleado obtenga un (No Alcanza) en cualquiera de los criterios evaluados, exponga las razones para ello en el apartado provisto para comentarios, en la Hoja de Comentarios que se incluye con el formulario. Asimismo, haga cualquier anotación pertinente para aclarar o fundamentar la evaluación otorgada. Discuta con el empleado cada una de las evaluaciones efectuadas para informarle acerca de sus fortalezas y las áreas en las que debe mejorar. Estimule al empleado para alcanzar los niveles más altos de desarrollo y crecimiento profesional. En las evaluaciones preliminares solamente se requerirá la firma del supervisor inmediato y el empleado, como evidencia de que la evaluación fue discutida formalmente. El Director de Recursos Humanos certificará la misma mediante su firma. En la evaluación final, firmará, además, el jefe de la Agencia o su representante autorizado. Si como resultado de la evaluación, el empleado va a ser separado de su empleo, firmará el jefe de la Agencia. La evaluación original se archiva en el expediente del empleado en la Agencia. La primera copia es para el supervisor inmediato, y la segunda copia se entregará al empleado. En este formulario deberá entenderse que todo término utilizado para referirse a una persona o puesto alude a ambos géneros.

- First Evaluation checkbox
Second Evaluation checkbox
Third Evaluation checkbox
Final Evaluation checkbox

Form fields for employee information:
Nombre del empleado:
Agencia:
Título del Puesto:
Número de Puesto:
Seguro Social: xxx-xx-
Área de Trabajo:
Período Evaluado:
Fecha de Vencimiento del Período Probatorio:
Nombre y Clasificación del Supervisor Inmediato:

¹ Reglamento 8992, 24 julio 2020 "Reglamento para la Aplicación de la Ley Núm. 8-2017, Según Enmendada".





CRITERIOS	Niveles de Ejecución		
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza
<b>1. Conocimiento del Trabajo:</b> Dominio que ejerce el empleado acerca de las funciones en el puesto que ocupa.	<input type="checkbox"/> Demuestra tener un vasto conocimiento de sus funciones, por lo que requiere un mínimo de supervisión.	<input type="checkbox"/> Posee los conocimientos suficientes acerca de su trabajo para poder desempeñarse de manera satisfactoria.	<input type="checkbox"/> Exhibe un pobre conocimiento de las funciones a realizar en el puesto que ocupa.
<b>2. Productividad:</b> Cantidad de trabajo que realiza el empleado, tomando en consideración sus conocimientos, destrezas, el tipo y grado de dificultad de las funciones correspondientes, y el tiempo requerido para efectuarlas.	<input type="checkbox"/> Exhibe un alto nivel de desempeño de manera consistente al cumplir cabalmente con todas las tareas y proyectos asignados en las fechas establecidas, y con frecuencia se anticipa a ellas.	<input type="checkbox"/> Cumple regularmente con los trabajos solicitados en el periodo establecido. En ocasiones, da la milla extra en el desempeño de sus funciones.	<input type="checkbox"/> No completa la mayoría de las encomiendas de trabajo en el tiempo requerido. Su ejecución está muy por debajo de lo esperado para el puesto que ocupa. Demuestra desinterés por los objetivos no alcanzados.
<b>3. Calidad del trabajo:</b> Grado de excelencia y exactitud con la cual el empleado ejecuta sus deberes y responsabilidades. Incluye la ausencia de errores.	<input type="checkbox"/> Desempeña su labor de manera muy competente, y se distingue por producir resultados confiables en términos del contenido, precisión, credibilidad y presentación. Rara vez comete errores y sus recomendaciones se consideran favorablemente.	<input type="checkbox"/> Realiza el trabajo en forma adecuada, confiable y con un mínimo de errores.	<input type="checkbox"/> La calidad del trabajo continuamente está por debajo de lo esperado para el nivel de clasificación de su puesto. El exceso de errores cometidos ha ocasionado problemas o inconvenientes.
<b>4. Comunicación:</b> Facilidad de expresión que demuestra el empleado en forma oral y escrita en el desempeño de su trabajo.	<input type="checkbox"/> Transmite los mensajes correctamente, y promueve una comunicación abierta y bidireccional. Su extenso vocabulario lo emplea cabalmente. Da instrucciones claras y específicas, tomando en consideración el nivel general de habilidad de sus empleados. Redacta con claridad, coherencia, óptima sintaxis y ortografía. Demuestra una gran habilidad para simplificar la información compleja, y transmitirla de manera convincente y fácil de entender.	<input type="checkbox"/> Utiliza un lenguaje apropiado para la ocasión en su comunicación oral y escrita. Se expresa de manera correcta.	<input type="checkbox"/> Presenta dificultad para expresar sus ideas con claridad, coherencia y precisión en forma oral y escrita. Utiliza un lenguaje inaceptable y comete errores gramaticales al hablar, lo cual crea malestar y confusión en los oyentes. No sabe cómo hacer preguntas que dirijan el trabajo de sus empleados. Sus comunicaciones escritas son confusas, y con frecuencia tiene que clarificar la información de estas.



CRITERIOS	Niveles de Ejecución		
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza
5. <b>Relaciones Interpersonales:</b> Conducta que se exhibe en el trato diario con los supervisores, compañeros de trabajo, empleados y usuarios de servicios de la Agencia.	<input type="checkbox"/> Demuestra una gran habilidad para establecer confianza, armonía, respeto y profesionalismo en sus relaciones cotidianas con los demás. Su tacto, cortesía y discreción contribuyen significativamente a crear un ambiente de trabajo positivo y saludable.	<input type="checkbox"/> Se relaciona con las personas de manera aceptable. Es respetuoso y profesional en su modo de proceder.	<input type="checkbox"/> Se comporta en forma inapropiada y descortés. Demuestra poca tolerancia en el trato hacia los demás. Con frecuencia es ofensivo y tiende a crear situaciones conflictivas.
6. <b>Cooperación:</b> Actitud y disposición para colaborar en la consecución de los objetivos de servicio de la Agencia.	<input type="checkbox"/> Se distingue por aportar más de lo requerido. Efectúa encomiendas especiales y/o trabajos adicionales con interés y entusiasmo. Ofrece ayuda a los demás sin que se le solicite. Está disponible con frecuencia para laborar fuera del horario regular de trabajo, cuando la necesidad del servicio así lo amerite.	<input type="checkbox"/> Muestra disponibilidad para ayudar a los demás. Colabora siempre y cuando lo requieran sus deberes y responsabilidades.	<input type="checkbox"/> Asume una actitud negativa cuando se le solicita que realice otras tareas necesarias para lograr los objetivos establecidos. Rara vez está disponible para colaborar de acuerdo con los requerimientos de sus deberes y responsabilidades; incluso, fuera del horario regular de trabajo debido a necesidades del servicio. No ofrece su ayuda, aunque se le requiera.
7. <b>Disciplina:</b> El cumplimiento de las normas de conducta establecidas por la Agencia para propiciar el mejor funcionamiento de esta.	<input type="checkbox"/> Constantemente obra de conformidad con las normas de conducta establecidas.	<input type="checkbox"/> Su manera de proceder demuestra concordancia con las normas de conducta establecidas.	<input type="checkbox"/> Incumple continuamente con las normas de conducta establecidas.
8. <b>Asistencia:</b> La regularidad con la que se cumple con las normas de jornada de trabajo y asistencia establecidas por la Agencia.	<input type="checkbox"/> Cumple cabalmente con la norma establecida. Rara vez se ausenta, por lo que representa un ejemplo a seguir para los demás.	<input type="checkbox"/> Sus ausencias son ocasionales, y su récord de asistencia es conforme a la norma establecida.	<input type="checkbox"/> Se ausenta con frecuencia. Su récord de asistencia es inaceptable al compararse con la norma establecida.



CRITERIOS	Niveles de Ejecución														
	Sobrepasa	Alcanza	No alcanza												
9. <b>Puntualidad:</b> La regularidad con la que se cumple con el horario de trabajo establecido.	<input type="checkbox"/> Es consistente con el cumplimiento del horario de trabajo establecido. Se distingue por ser muy puntual.	<input type="checkbox"/> Sus tardanzas son esporádicas, y el total de estas es congruente con la norma establecida.	<input type="checkbox"/> Su récord de asistencia refleja una cantidad de tardanzas que excede la norma establecida.												
<p><b>CERTIFICO</b> que el resultado de esta evaluación se discutió con el empleado.</p> <p><b>CERTIFICO</b>, además, que los servicios rendidos por este empleado durante el período probatorio:</p> <p><input type="checkbox"/> fueron satisfactorios y que <input type="checkbox"/> pasará a ser empleado regular.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>no</b> fueron satisfactorios y que <input type="checkbox"/> <b>no</b> pasará a ser empleado regular.</p> <p>Razón(es) para <b>no</b> aprobar el período probatorio: <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Hábitos <input type="checkbox"/> Actitudes</p> <table><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Firma del Supervisor Inmediato</td><td>Firma del Empleado</td><td>Fecha</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Firma del Director Recursos Humanos</td><td>Firma de la Autoridad Nominadora</td><td>Fecha</td></tr></table>				_____	_____	_____	Firma del Supervisor Inmediato	Firma del Empleado	Fecha	_____	_____	_____	Firma del Director Recursos Humanos	Firma de la Autoridad Nominadora	Fecha
_____	_____	_____													
Firma del Supervisor Inmediato	Firma del Empleado	Fecha													
_____	_____	_____													
Firma del Director Recursos Humanos	Firma de la Autoridad Nominadora	Fecha													



**HOJA DE COMENTARIOS EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE CARRERA EN PERÍODO  
PROBATORIO<sup>1</sup>**  
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

**Instrucciones:** Utilice este documento (como espacio adicional) para exponer las razones que validan el nivel de ejecución otorgado al empleado en cada criterio evaluado.

- Primera Evaluación       Segunda Evaluación       Tercera Evaluación       Evaluación Final

<b>Nombre del empleado:</b> _____
<b>Agencia:</b> _____
<b>Seguro Social: xxx-xx-</b> _____
<b>Período Evaluado:</b> _____
<b>Nombre del Supervisor Inmediato:</b> _____
<b>Firma:</b> _____
<b>Fecha:</b> _____

Criterios	Comentarios
1. Conocimiento del Trabajo	
2. Productividad	

<sup>1</sup> Reglamento 8992, 24 julio 2020 "Reglamento para la Aplicación de la Ley Núm. 8-2017, Según Enmendada"





<b>Criterios</b>	<b>Comentarios</b>
3. Calidad del Trabajo	
4. Comunicación	
5. Relaciones Interpersonales	
6. Cooperación	
7. Disciplina	



Criterios	Comentarios
8. Asistencia	
9. Puntualidad	





**CERTIFICACIÓN DE INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

<b>I. INFORMACIÓN DEL(LA) EMPLEADO(A)</b>		
Nombre del Empleado(a)		Tipo de Transacción
Negociado u Oficina	Clasificación	Click or tap to enter a date.
Fecha de Efectividad		
<b>II. INFORMACIÓN DEL(LA) SOLICITANTE</b>		
Nombre del(la) Solicitante		Click or tap to enter a date.
Fecha de Solicitud		
<b>III. CERTIFICACIÓN</b>		
Certifico que según obra en los expedientes de Casos Administrativos:		
<input type="checkbox"/> Si tiene investigación <input type="checkbox"/> No tiene investigación	Comentarios:	
Nombre de quien certifica:		
Firma de quien certifica:		
Fecha de Certificación:	Click or tap to enter a date.	





**ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES**

**CERTIFICACION DE VISITA A INSTITUACION EDUCATIVA**  
**PARA ATENDER LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DE LOS HIJOS**  
**(MATERNALES, PRIMARIAS Y SECUNDARIAS)**

Por la presente certifico que la información aquí provista es fiel y exacta. La misma confirma la visita del empleado a una institución educativa que a continuación se indica, en virtud de la Ley 26-2017. Esta ley concede al empleado cuatro (4) horas laborables al principio y (4) horas laborables al final de cada semestre escolar, sin reducción de paga o privilegios, para que puedan visitar las escuelas de sus hijos y conocer del aprovechamiento escolar de estos.

**Nombre del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Visita:** \_\_\_\_\_

**Hora de Llegada:** \_\_\_\_\_ **Hora de Salida:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_  
(Letra molde)

**Número de Registro Programa Educación Especial:** \_\_\_\_\_  
(Si Aplica)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución Educativa

\_\_\_\_\_  
Nombre del (la) Maestro(a) o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la Institución Educativa

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Maestro(a) o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aa)



Sello de la Institución Educativa





**SOLICITUD DE LICENCIA\***  
**(ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES)**

**I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

**A. Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) (Inicial)

**B. Área u Oficina:** \_\_\_\_\_

**C. Sección:** \_\_\_\_\_

**II. LICENCIA SOLICITADA**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vacaciones                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad           | <input type="checkbox"/> Militar con Paga   | <input type="checkbox"/> Licencia Especial Inclemencia del Tiempo |
| <input type="checkbox"/> Exceso de Vacaciones         | <input type="checkbox"/> Exceso de Enfermedad | <input type="checkbox"/> Militar sin Paga   | <input type="checkbox"/> Especial para Estudios                   |
| <input type="checkbox"/> Sin Paga                     | <input type="checkbox"/> Judicial             | <input type="checkbox"/> Licencia Deportiva | <input type="checkbox"/> FSE Descanso (menos de 3 días)           |
| <input type="checkbox"/> Maternidad**                 | <input type="checkbox"/> Paternidad**         | <input type="checkbox"/> Médico Familiar    |   |
| <input type="checkbox"/> Especial con Paga: _____     |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de Licencia: _____ |   |   |   |

**Tiempo solicitado:**

\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(día(s)) (hora(s)) (minuto(s))

\_\_\_\_\_  
(Firma del Empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**III. SUPERVISOR**

**Recomendada por:**

_____ (Firma del Supervisor(a) Inmediato)	_____ (Firma del Director(a) de Área)
_____ (Nombre del Supervisor(a) Inmediato)	_____ (Nombre del Director(a) de Área)
_____ (Título)	_____ (Título)
_____ (Fecha)	_____ (Fecha)

**IV. APROBACIÓN**

**Aprobada por:**

_____ (Firma del Director(a) Ejecutivo(a) o su Representante Autorizado)	_____ (Nombre del Director(a) Ejecutivo(a) o su Representante Autorizado)
_____ (Título)	_____ (Fecha)

**V. INFORME DE LIQUIDACIÓN**

	<b>Vacaciones</b>	<b>Enfermedad</b>
<b>A. Balance anterior a:</b> _____ (Fecha)	_____	_____
<b>B. Licencia Acumulada desde balance anterior:</b>	_____	_____
<b>C. Licencia utilizada desde balance anterior:</b>	_____	_____
<b>D. Total de días acumulados:</b> _____ (Fecha)	_____	_____
<b>E. Cargo correspondiente a este informe:</b>	_____	_____
<b>F. Balance a:</b> _____ (Fecha)	_____	_____

\* Basada en el Formulario OCAP-13 Rev. 11-78  
\*\* Debe anejarse formulario DSP-SAGA-RH-022a





CERTIFICACIÓN DE MATERNIDAD/PATERNIDAD
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Maternidad Paternidad\*

I. Información del Empleado(a)

Nombre del Empleado(a):
Negociado:
Nombre de Supervisor:

II. Fecha de Ausencias

Clic para fecha. Clic para fecha.
(Desde) (Hasta) (Cantidad de Días)
Fecha de parto/adopción/aborto: Clic para fecha.

III. Para Maternidad

Yo, Clic o tap para nombre del empleado. certifico que la razón de las ausencias es por maternidad.

(Firma del Empleado) (Fecha)

IV. Para Paternidad

Yo, Clic o tap para nombre del empleado. certifico que la razón de las ausencias es por paternidad.

\*Al reclamar este derecho, el empleado certifica que está legalmente casado, en los casos en que aplique, y no ha incurrido en violencia doméstica, delito de naturaleza sexual y maltrato de menores. Esta certificación se hace conforme a las disposiciones de la Ley 26-2017 "Ley de Cumplimiento con el Plan Fiscal", Artículo 2.04 "Beneficios Marginales"/inciso "4" "Licencia de Paternidad"/punto "C" "...El empleado solicitará la licencia por paternidad y a la mayor brevedad posible someterá el certificado de nacimiento".

(Firma del Empleado) (Firma del Cónyuge)
(Fecha) (Nombre del Cónyuge)
(Fecha)





**HOJA DE REPORTE DE AUSENCIAS U OMISIONES DE PONCHES SEMANAL**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

**A. Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) (Inicial)

**B. Área u Oficina:** \_\_\_\_\_

**C. Sección:** \_\_\_\_\_

**II. AUSENCIAS Y/O OMISIONES**

Semana desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Día	Fecha	Entrada a.m.	Salida a.m.-p.m.	Entrada p.m.	Salida a.m.-p.m.
Lunes	_____	_____	_____	_____	_____
Martes	_____	_____	_____	_____	_____
Miércoles	_____	_____	_____	_____	_____
Jueves	_____	_____	_____	_____	_____
Viernes	_____	_____	_____	_____	_____
Sábado	_____	_____	_____	_____	_____
Domingo	_____	_____	_____	_____	_____

Tipos de Licencia:  Enfermedad (LE)  Vacaciones (LV)  Compesatorio (TC)  Militar (LM)  
 Paternidad (P)  Maternidad (M)  Judicial (J)  Oficial (O)  
 Asunto Personal (AP)  Ponche Omitido (PO)  
 Otras (Explique): \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Empleado) (Fecha)

**III. APROBACIÓN**

Aprobada por:

\_\_\_\_\_  
(Firma del Supervisor(a) Inmediato(a))

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Supervisor(a) Inmediato(a))

\_\_\_\_\_  
(Título)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aprobada por:

\_\_\_\_\_  
(Firma del Director(a) de Área)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Director(a) de Área)

\_\_\_\_\_  
(Título)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





**AUTORIZACION PARA REALIZARSE LAS PRUEBAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

	XXX-XX-
Nombre Del Candidato	Número de Seguro Social
Panel 5 (Anfetaminas, Marihuana, Opiáceos, Cocaína, Pencilidina (PCP))	Departamento de Seguridad Pública

El Artículo 10 del Reglamento del Programa de Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en Funcionarios y Empleados de la Comisión de Seguridad y Protección Pública y sus componentes (Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres), así como el Artículo 6 de la Ley 78 del 14 de agosto de 1997, requiere la presentación de un informe certificado del resultado de una prueba para la detección de sustancias controladas como requisito previo al empleo en las agencias del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

**El Candidato tiene 24 horas a partir de esta Notificación para realizarse la prueba.**

Al momento de comparecer a hacerse la prueba, deberá presentar documentos de identificación con foto, tales como: Licencia de Conducir o Tarjeta Electoral.

Le recordamos que éste es un requisito previo a empleo en esta Agencia, por lo que sí usted se rehúsa a hacerse la prueba según establecido, no comparece a dicho referido o las pruebas arrojan resultado positivo corroborado, será causa suficiente para denegar el empleo en su caso.

Lugar de la :  
Prueba  
Número Teléfono :  
Horario de :  
Servicio

Nombre y Firma Oficial de Enlace	Fecha

Certifico que recibí el original de este referido.

Firma del Candidato Preseleccionado	Fecha	Hora

**NOTA:** Este documento se preparará en original y copia. El funcionario retendrá la copia y el original se entregará al candidato preseleccionado, quien entregará la evidencia del laboratorio de que se sometió a las pruebas.





**INFORMACIÓN DE PERSONAL**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

Destaque

Transferencia

I. INFORMACIÓN PERSONAL					
1. (Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
3. Dirección Residencial:		4. Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	11. Fecha de Nacimiento:  (dd/mm/aa)		
7. Teléfono Residencial:	10. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Vuido(a)		14. Lugar de Nacimiento:		
8. Teléfono Celular:	13. Nombre de Cónyuge:				
9. Teléfono Otro:	12. Servicio Militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No Veterano <input type="checkbox"/> Veterano Incapacitado				
15. Condiciones Medicas:		16. Contacto en caso de Emergencia:  17. Número de teléfono en caso de emergencia:			
II. ÁREA DE TRABAJO					
18. Agencia de Procedencia:		19. Puesto:			
20. Área de Trabajo:		21. Número de Teléfono de la Agencia de procedencia:			
22. Negociado u Oficina Asignada en el DSP		23. Puesto asignado en el DSP:			
24. Área de Trabajo asignada en el DSP:					
III. PREPARACIÓN ACADÉMICA					
25. Escuela Elemental, Intermedia y Superior	Fechas (mes y año)		¿Se graduó Usted?	Clase de Curso	Indique el Grado más alto cursado: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
Nombre y Ciudad	Desde	Hasta			
26. Colegio, Universidad	Fechas (mes y año)		Créditos por Horas Semestre	Grado Conferido	Asignatura principal y secundaria:
Nombre y Ciudad	Desde	Hasta			
27. Otros Cursos (Comercial y por Correspondencia)	Fechas (mes y año)		Diploma o Certificado	Núm. de Horas Regulares	Asignaturas Cursadas:
Nombre y Ciudad	Desde	Hasta			
28. Detalles de licencias que posea, expresando clase, número y fecha de vencimiento:					
a.					
b.					
c.					
29. Detalle cualquier instrucción adicional que posea, no mencionada en los encasillados anteriores:					
IV. CERTIFICACIÓN					
Certifico que la información aquí contenida es exacta y verídica.					
_____ (Firma)			_____ (Fecha)		
<b>NOTA IMPORTANTE:</b> Antes de remitir este formulario cerciúrese de que todos los apartados han sido debidamente cumplimentados. Si necesita más espacio para dar información, use un pliego aparte.					





ADVERTENCIA AL SOLICITANTE

Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

El Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico (DSP) está conduciendo una investigación de su persona en relación con su solicitud de:

- Solicitud de Empleo Otros:

Se le advierte que nuestra investigación cubrirá todo lo relacionado a su persona, especialmente aspectos criminales, la cual conlleva un cotejo de su expediente en los Tribunales Estatales y Federales de Puerto Rico y Estados Unidos. Además, cubrirá aspectos sociales de su vida, hogar, trabajo y vecindad relacionados a sus hábitos y costumbres.

Se le advierte que toda información ofrecida por usted será de manera espontánea, libre de toda coacción, correcta y verídica. De haber encubrimiento o falsedad en esta, con el propósito de lograr que se apruebe su solicitud, la misma será denegada por el Secretario del DSP. De haber sido ya aprobada, se procederá con su destitución del puesto al cual fue nombrado o su cancelación de licencia obtenida, según sea el caso.

Yo, \_\_\_\_\_, estoy consciente que en el caso que se que he ofrecido u omitido información falsa con el propósito de cometer engaño o fraude para conseguir elegibilidad o nombramiento, se me rechazará la misma de haber sido nombrado, estaré sujeto a una acción disciplinaria o criminal según las disposiciones establecidas en las leyes y reglamentos vigentes.

Certifico lo siguiente (Favor de marcar con una "X" el encasillado correspondiente):

- Si No He probado, utilizado y/o distribuido drogas ilícitas.
Si No Estoy dispuesto a someterme a cualquier tipo de análisis de laboratorio.
Si No Estoy dispuesto a someterme a la prueba del polígrafo en cualquier momento que se me requiera.
Si No He sido intervenido por agencias de ley y orden alguna.

Autorizo a que todas las dependencias del Gobierno de Puerto Rico Central o Municipal o dependencias Federales, divulguen al Secretario del DSP, Comisionado del Negociado de la Policía de Puerto Rico o persona designada, cualquier expediente criminal que tenga sobre mi persona en sus archivos.

Certifico haber leído y entendido las advertencias antes expuestas.

Firma del Solicitante

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador

Fecha





**INFORME DE CAMBIO**

1. Núm. de Cambio
2. Núm. de Seguro Social del Empleado

Fecha:	Antes del Cambio							Después del Cambio						
Cambio a Efectuarse	Puesto Núm.							Puesto Núm.						
3. Nombre del Empleado														
4. Departamento de la Agencia														
5. Negociado / División														
5a. Unidad o Sección														
6. Ubicación geográfica del puesto														
7. Categoría del Puesto														
8. Estatus del Empleado														
9. Título de Clasificación														
9a. Clasificación conforma Ley Federal Normas Razonables Trab.														
10. Sueldo														
10a. Diferencial														
10b. Cifra de Cuenta														
11. Descuento para Contribución sobre Ingresos														
12. Descuento para Seguro Social														
12a. Desc. Adm. Sistema de Retiro Híbrido														
12b. Desc. Seg. Obligatorio Incapacidad - Ret.														
12c. Desc. del Préstamo Retiro Personal														
12d. Desc. del Préstamo Retiro Cultural														
13. Descuento para Ahorros AEELA														
14. Descuento para Seguro AEELA														
15. Descuento Préstamo (AEELA)														
16. Aportación Patronal Plan Médico														
17. Descuento para Servicios Médicos														
18. Descuento														
19. Otros Descuentos														
19a. Otros Descuentos														
20. Fecha de Efectividad														
	A.F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asig-nación	Objeto	A.F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub-Div.	Asig-nación	Objeto
21. Cifra de Cuenta														
22. Indique si se trata de: <input type="checkbox"/> Ascenso <input type="checkbox"/> Cambio de Categoría <input type="checkbox"/> Cambio de Estatus <input type="checkbox"/> Nuevo Nombramiento														
<input type="checkbox"/> Descenso <input type="checkbox"/> Reclasificación <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Reubicación <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Ext. de Nombramiento <input type="checkbox"/> Aumento de Sueldo														
<input type="checkbox"/> Destaque <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Bonificación <input type="checkbox"/> Ajuste Sueldo <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Designación o Asignación Administrativa														
23. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio _____ días.														
Licencia Enfermedad _____ días, Concedida _____ días, Licencia Regular _____ días, Concedida _____ días.														
	Fecha de Separación (Último día de Pago)				Licencia sin Paga				Fecha de Efectividad de la Separación					
24. Renuncia														
25. Separación														
26. Destitución														
27. Cesantía														
28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: _____ De: _____ A: _____														
29. Muerte: Fecha: _____ Hora: _____ Último día de pago: _____ Participante de Retiro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
30. Clase de Licencia: <input type="checkbox"/> Para Estudio <input type="checkbox"/> Especial con paga <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Licencia médico familiar														
<input type="checkbox"/> Militar sin sueldo <input type="checkbox"/> Sin Sueldo														
Duración: _____ De: _____ A: _____														
31. Comentario y Explicaciones (si necesita más espacio utilice el dorso): _____														
32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm.: _____														
Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: _____														
33. Si el cambio es a otra agencia, el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:							34. Firma del empleado en casos que fuere necesario:							
_____							_____							
Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado							Firma del (la) Empleado(a)							
34. Preparado por:							35. Revisado por:							
_____							_____							
Fecha							Fecha							





**CERTIFICACIÓN DE ELEGIBLES**  
**Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

Nombre del Puesto:	Cantidad de Puestos:	Estatus del Puesto: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Jornada Parcial o Reducida
Ubicación del Puesto:	Sueldo Mensual:	Núm. Certificación
Director(a) de ARHRL o su Representante Autorizado: _____	Fecha:	Fecha Certificación

Nombre del Elegible y Dirección	Nota	Acción	Fecha	Número de Puesto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**CLAVE QUE UTILIZARÁ EL ENTREVISTADOR PARA LLENAR ENCASILLADO CORRESPONDIENTE A LA "ACCIÓN":**  
**S** - Seleccionado      **C** - Considerado pero no seleccionado      **D** - Declinó Oferta      **NC** - No compareció

**Certificación:**

_____ Nombre y Firma del Entrevistador	_____ Fecha	_____ Nombre y Firma del Secretario Auxiliar o su Representante Autorizado	_____ Fecha
_____ Nombre y Firma del Director(a) de Oficina o División	_____ Fecha	_____ Nombre y Firma del Secretario o su Representante Autorizado	_____ Fecha





AUTORIZACIÓN DE PAGO DE NÓMINA
Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

Certifico que el funcionario del Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales me orientó sobre la Ley Núm. 74 del 1 de julio de 1985 y la Ley Núm. 268 del 11 de septiembre de 1998.

La Ley Núm. 74 autoriza el pago de salarios mediante cheque, depósito directo o por medio de transferencia electrónica sobre una base voluntaria y la Ley Núm. 268, establece como política pública que la forma principal de pago para los empleados del servicio público, regular o de confianza, es mediante depósito directo quincenal a su cuenta en la institución financiera que designe el empleado. Para recibir su pago mediante cheque, el empleado o funcionario deberá solicitarlo por escrito a la Agencia.

Autorizo a mi patrono a depositar el importe neto de mi pago de nómina en la institución financiera y en la cuenta bancaria aquí designada. Esta autorización continuará en efecto hasta tanto notifique la cancelación de este beneficio o decida cambiar de institución financiera, con 30 días de anticipación a la fecha de efectividad.

Nombre del Empleado(a):
Número de Seguro Social:
Nombre de la Institución Financiera:
Sucursal:
Número de Cuenta Bancaria:
Tipo de Cuenta
Número de Ruta y Tránsito:
Número de Teléfono:

Firma del Empleado(a) Fecha

PARA USO DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES

Fecha en que comenzará en su puesto:
Otras observaciones:

Firma del(la) Director(a) del ARHRL Fecha





## ACUERDO DE TELETRABAJO Y FLEXIBILIDAD LABORAL (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

### I. Información del Empleado

Nombre completo:	Título del Puesto:
Unidad de Trabajo:	Nombre Supervisor:
Teléfono Celular:	Correo Electrónico:
Dirección desde donde estará realizado los trabajos:	

### II. Teletrabajo y Flexibilidad Laboral/Acuerdos Específicos

- Tipo de labor a realizar:
- Tiempo estimado:  
(días/semanas/meses/otros)
- Establecer la duración de las tareas:
- Itinerario de trabajo:  
(comienzo y finalización por días, semanas o meses)

Día	Ubicación	Horario de Entrada	Horario de Salida
Lunes	Escoja ubicación		
Martes	Escoja ubicación		
Miércoles	Escoja ubicación		
Jueves	Escoja ubicación		
Viernes	Escoja ubicación		

### III. Asignación y Método de Comunicación

- ¿Qué tipo de actividad estará realizando durante el periodo de Teletrabajo?
- ¿Qué método de comunicación se estará utilizando para los trabajos de Teletrabajo?
- ¿Cuáles medidas o precauciones se estarán tomando para el manejo de documentos e información durante el Teletrabajo?

### IV. Acuerdo y Política de Confidencialidad

El empleado/a del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico (DSP) descrito en la Sección I de este formulario,  **se compromete** a mantener bajo estricta confidencialidad todo asunto relacionado con su trabajo y las funciones que desempeña, a vigilar, conservar y salvaguardar todos los documentos e información confidencial o privilegiada, según requerido en la descripción del puesto que ocupa como emplead0(a) de carrera o de confianza.

La información relacionada a nómina, compensaciones monetarias de cualquier índole, extiéndase: sueldo, salarios, beneficios marginales, bonificaciones, o cualquier otro desembolso lícito de dinero a cualquier empleado, funcionario público o cualquier otro tipo de contratista por servicios profesionales, así como, cualquier información de personal relacionada a su desempeño basado o no en el Principio de Mérito (ascensos, descensos, traslados, aumentos de salarios, etc.), o cualquier información que conlleve transacciones de personal, medidas disciplinarias, préstamos o requerimientos de pagos por autoridades gubernamentales, descuentos a sus ingresos, pago adicionales por motivo de diferenciales, ajustes de sueldos otorgados por reinstalación, evaluaciones de personal, es considerada información estrictamente confidencial y privilegiada.

De igual forma, se compromete a no divulgar información clasificada como confidencial o privilegiada, o secretos de negocios, o cualquier información financiera producida en el DSP.

Además, certifica que conoce las normas y reglamentación de personal de la OATRH y que entiendo las consecuencias de no obedecer dichas normas de confidencialidad y no divulgación a fuentes no autorizadas. Reconozco que, conforme al Reglamento de Personal del DSP, leyes federales o estatales aplicables a protección de la privacidad y confidencialidad en la información personal, se requiere que toda información personal o privilegiada sea manejada en un plano estrictamente privado y confidencial. La información no podrá ser utilizada para beneficio del empleado(a), conveniencia, ni lucro personal o de cualquier otra persona o entidad, información confidencial que llegue a conocimiento del empleado en sus funciones públicas.

El no cumplir con este acuerdo y política de privacidad conlleva las medidas disciplinarias aplicables.





## V. Acuerdo de Trabajo

Acuerdo cumplir con lo siguiente:

- A. El empleado voluntariamente participa del programa de teletrabajo y acepta cumplir con las políticas establecidas en la Carta Circular **DSP-2020-CC-003** de Teletrabajo y Flexibilidad laboral del DSP.
- B. El empleado entiende y acepta que el DSP puede requerirle trabajar desde un lugar de trabajo alternativo además de los días de teletrabajo acordados, en caso de ser necesarios durante un cierre de oficinas, edificio, emergencias u otra razón autorizada por el Secretario o autoridad delegada.
- C. El DSP se reserva el derecho de alterar el calendario de teletrabajo o flexibilidad laboral aquí acordado por el empleado para ejecutar cualquier trabajo adicional que surja en el DSP y para el cual se le requiera su asistencia o por cualquier otra razón oficial, sin previa notificación o por adelantado.
- D. La jornada de trabajo diaria del empleado debe incluir un receso de almuerzo de al menos de una hora.
- E. El lugar de trabajo tradicional del empleado: Lugar Entre dirección del Negociado u Oficina
- F. El lugar Alternativo de Trabajo del empleado Lugar donde realizará el Teletrabajo
- G. El empleado entiende y acepta los requisitos de tener un lugar adecuado y seguro como espacio en el lugar de trabajo alternativo y que estos requisitos tienen que cumplirse.
- H. Un empleado a quien se le requiera y/o apruebe participar del programa de teletrabajo se le requiere completar y cumplir satisfactoriamente todas las tareas y responsabilidades asignadas de igual forma que si estuviera trabajando en el lugar de trabajo tradicional.
- I. El empleado se comunicará regularmente con su supervisor para recibir las tareas asignadas y para revisar el trabajo completado, según sea necesario o apropiado. La ejecutoria del empleado será evaluada conforme a los resultados alcanzados y serán determinados por el supervisor con la retroalimentación necesaria.
- J. Se requiere que el empleado complete satisfactoriamente todo el trabajo asignado, de acuerdo con el enfoque adoptado para todos los demás empleados en el grupo de trabajo, y de acuerdo con las normas y pautas del plan de desempeño del empleado.
- K. El empleado debe contabilizar e informar su asistencia de la misma manera que si el empleado se hubiera reportado para trabajar en el lugar tradicional de trabajo. Todas las horas de teletrabajo aprobadas y deben informarse en el Sistema de Asistencia Manual de Kronos y reportarse en el aplicativo de Tiempo y Asistencia conforme dispuesto.
- L. EL empleado acepta su responsabilidad de contestar y efectuar las llamadas telefónicas que sean necesarias durante el teletrabajo el desempeño de sus labores.
- M. El empleado debe obtener de su supervisor aprobación antes de tomar alguna licencia conforme a las políticas y procedimientos dispuestos para ello. El uso de licencias de enfermedad, vacaciones, o cualquiera otra durante la jornada de Tele- trabajo tienen que ser aprobadas por el supervisor por adelantado.
- N. El empleado entiende y acepta que de utilizar el equipo del DSP única y exclusivamente será para el uso oficial de trabajo y conforme a las regulaciones, leyes y políticas aplicables; aseguró y salvaguardará dicho equipo en un lugar seguro en todo momento. El empleado entiende que es responsable del servicio y mantenimiento de cualquier equipo que utilice que sea de su propiedad.
- O. El empleado está cubierto por la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo mientras efectúa sus tareas en el lugar de trabajo alternativo. Cualquier accidente que ocurra debe ser notificado de inmediato al supervisor.
- P. El empleado entiende que el Gobierno no es responsable de los costos operacionales asociados con el uso del hogar del empleado como lugar de trabajo alternativo, como, por ejemplo, el mantenimiento, seguros o utilidades.
- Q. El empleado aplicará las medidas de protección y seguridad necesarias para salvaguardar los documentos oficiales del gobierno de cualquier divulgación no autorizada o daño y cumplirá con las leyes y políticas de confidencialidad y seguridad de la información vigente.
- R. El acuerdo de teletrabajo será revisado y discutido con el supervisor.
- S. El DSP se reserve el derecho de terminar la participación del empleado en el tele- trabajo en cualquier momento.
- T. El incumplimiento del empleado con cada uno de los términos y condiciones de este acuerdo pueden resultar en la terminación y cancelación de este acuerdo. Además, podrían resultar en medidas disciplinarias.
- U. A la firma este acuerdo, el empleado certifica que ha leído todos y cada uno de los términos y condiciones de este acuerdo, entiende y acepta seguir las políticas y procedimientos aquí detallados, así como los detallados en la Carta Circular DSP-2020-CC-003, así como cumplir con todas las leyes, políticas y regulaciones al respecto.



**VI. Certificación**

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Periodo aprobado:                      Desde: \_\_\_\_\_                      Hasta: \_\_\_\_\_

- Aprobado
- Denegado (razón):
  - La ausencia del empleado en su lugar de trabajo impacta adversamente la operación del DSP.
  - El alcance de la supervisión requerida al empleado no puede lograrse bajo el programa de Teletrabajo.
  - El lugar de trabajo alterno no cumple con los criterios de elegibilidad
  - El empleado no cumple con los criterios de elegibilidad (facilidades, equipo y otro).
  - Otro (explique):

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



**LICENCIA POR ENFERMEDADES GRAVE CATASTRÓFICA PARA BENEFICIO DE AGENTES ORDEN PÚBLICO DEL NEGOCIADO DE LA POLICÍA DE PUERTO RICO Y BOMBEROS DE PUERTO RICO.<sup>1</sup>**

**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. Información del Empleado**

Nombre completo del Solicitante	Núm. de placa o Núm. de empleado
___ Cantidad de días Solicitados (máximo 30 días por año natural)	
Firma de Empleado o Familiar autorizado	Fecha

**II. Certificación de la División de Licencia / Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible tiene acumulado a su favor un mínimo de 10 diez días por licencia de enfermedad.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible ha agotado los balances de Licencia de Enfermedad a su favor.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible cumple con las disposiciones contenidas en la carta circular <b>DSP- 2020-CC-005</b> .
<input type="checkbox"/>	Certifico la disponibilidad de _____ días en el Banco de Licencia Especial Catastrófica.

Nombre del Oficial de Licencia	Título del Puesto
Firma del Oficial de Licencias	Fecha

**III. Autorización del Secretario o su Representante Autorizado**

Autorizo la Licencia Especial por enfermedad Catastrófica, según solicitada y certificada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Secretario o su Representante Autorizado

<sup>1</sup> Boletín Administrativo OE-2019-11 de 12 de marzo de 2019; Ley 20-2017, según enmendada, conocida como "Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico".





**Solicitud Donación Licencia Enfermedad al Banco de Licencias por Enfermedad Grave para Beneficio de Agentes Orden Público del Negociado de la Policía de Puerto Rico y Bomberos de Puerto Rico<sup>1</sup>**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. Información del Empleado**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Núm. de placa o Núm. de Empleado

Cesión de \_\_\_ días por Licencia de Enfermedad (máximo 10 días por mes, 20 días por año natural). No excederá anualmente de 20 días de cesión de días por todos los conceptos.

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado o Familiar autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**II. Certificación de la División de Licencia / Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado cedente tiene acumulado a su favor un mínimo de 12 doce días por licencia de enfermedad.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado cedente ha trabajado continuamente un mínimo de un año en el servicio público.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible cumple con las disposiciones contenidas en la carta circular <b>DSP- 2020-CC-005</b> .
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado cedente tiene la disponibilidad de _____ días en el Banco de Licencia de Enfermedad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Oficial de Licencia

\_\_\_\_\_  
Título del Puesto

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Licencias

\_\_\_\_\_  
Fecha

**III. Autorización del Secretario o su Representante Autorizado**

Autorizo la Licencia Especial por enfermedad Catastrófica, según solicitada y certificada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Secretario o su Representante Autorizado

<sup>1</sup> Boletín Administrativo OE-2019-11 de 12 de marzo de 2019; Ley 20-2017, según enmendada, conocida como “Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico”.





## CESIÓN DE DÍAS DE VACACIONES O ENFERMEDAD

(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

### I. Autorización de Empleado Cedente

Placa       Civil

Nombre completo del Cedente

Núm. de placa o Núm. de empleado

Cesión de \_\_\_ días de balance por Licencia acumulada de Vacaciones.

Cesión de \_\_\_ días de balance por Licencia acumulada de Enfermedad.

(Hasta un máximo de cinco (5) días al mes, por cada uno (1) de los conceptos antes descritos)

A favor de:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Firma de Empleado

Fecha

### II. Autorización de Empleado Cesionario

Placa       Civil

Nombre completo del Cesionario

Núm. Seguro Social

Núm. de placa y rango

Acepto la cesión de licencia acumulada por  Vacaciones y/o  Enfermedad dispuestos en esta autorización.

Firma de Empleado

Fecha

### III. Certificación / División de Licencia / Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

<input type="checkbox"/>	Certifico que el(la) empleado(a) tiene acumulado un mínimo de quince (15) de licencia por vacaciones de la cantidad de días a ceder.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado tiene un mínimo de doce (12) días de licencia de enfermedad de la cantidad de días a ceder.
<input type="checkbox"/>	Certifico que no ha cedido más de cinco (5) días de vacaciones y cinco (5) de enfermedad durante un mes.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado no ha cedido más de veinte (20) días en el periodo de un año.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado cesionario cumple con las disposiciones establecidas para la Cesión de Licencia Acumulada por Vacaciones y/o Enfermedad.

Nombre representante Asistencias y Licencias de la ORHRL

Nombre del Secretario o su Representante Autorizado

Firma representante Asistencias y Licencias de la ORHRL

Firma del Secretario o su Representante Autorizado

Fecha

Fecha





## SEGUIMIENTO Y MONITOREO PARA TELETRABAJO Y FLEXIBILIDAD LABORAL EMPLEADO EXENTO (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

I. Información del Empleado(a)				
Nombre completo del Empleado(a)		Título del Puesto		
Unidad de Trabajo		Nombre de(la) Supervisor(a)		
Teléfono celular		Correo electrónico		
II. Métricas de la Productividad				
A. Tipo de labor a realizar:				
B. Tiempo estimado (días, semanas, meses u otro):				
C. Período:				
		Desde	Hasta	Año
Día	Ubicación	Horario de Entrada	Horario de Salida	
Lunes	Choose an item.			
Martes	Choose an item.			
Miércoles	Choose an item.			
Jueves	Choose an item.			
Viernes	Choose an item.			
Sábado	Choose an item.			
Domingo	Choose an item.			
D. ¿Qué tipo de actividad realizó durante el período reportado? (Anejar documento de apoyo de ser necesario)				
E. ¿Qué método de comunicación fue utilizado para los trabajos realizados?				
F. ¿Qué imprevistos, si alguno, tuvo que impidió de alguna forma que no se produjo atrasos el cumplimiento de las metas?				
G. ¿Cuáles medidas o precauciones se tomaron para el manejo de documentos e información durante el teletrabajo?				
III. Certificación				
Certifico que los trabajos fueron realizados según antes descrito:				
_____		Click o tap para fecha		
Firma del Empleado		Fecha		
IV. Verificación de Supervisor				
<input type="checkbox"/> Visto Bueno		<input type="checkbox"/> Verificar (ver comentarios)		
_____		_____		_____
Nombre de Supervisor(a)		Firma de Supervisor(a)		Fecha
Comentarios:				





## SEGUIMIENTO Y MONITOREO PARA TELETRABAJO Y FLEXIBILIDAD LABORAL EMPLEADO NO EXENTO (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

I. Información del Empleado(a)				
Nombre completo del Empleado(a)		Título del Puesto		
Unidad de Trabajo		Nombre de(la) Supervisor(a)		
Teléfono celular		Correo electrónico		
II. Métricas de la Productividad				
A. Tipo de labor a realizar:				
B. Tiempo estimado (días, semanas, meses u otro):				
C. Período:				
		Desde	Hasta	Año
Día	Ubicación	Horario de Entrada	Horario de Salida	
<b>Lunes</b>	Elija lugar de trabajo.			
<b>Martes</b>	Elija lugar de trabajo.			
<b>Miércoles</b>	Elija lugar de trabajo.			
<b>Jueves</b>	Elija lugar de trabajo.			
<b>Viernes</b>	Elija lugar de trabajo.			
<b>Sábado</b>	Elija lugar de trabajo.			
<b>Domingo</b>	Elija lugar de trabajo.			
D. ¿Qué tipo de actividad realizó durante el período reportado? (Anejar documento de apoyo de ser necesario)				
E. ¿Qué método de comunicación fue utilizado para los trabajos realizados?				
F. ¿Qué imprevistos, si alguno, tuvo que impidió de alguna forma que no se produjo atrasos el cumplimiento de las metas?				
G. ¿Cuáles medidas o precauciones se tomaron para el manejo de documentos e información durante el teletrabajo?				
H. Desglose de Tareas Realizadas por día:				
Día	Hora	Tarea Realizada		
Lunes	Elija horario			
	Almuerzo			
	Elija horario			
Martes	Elija horario			
	Elija horario			





	Elija horario	
	Elija horario	
	Almuerzo	
	Elija horario	
Miércoles	Elija horario	
	Almuerzo	
	Elija horario	
Jueves	Elija horario	
	Almuerzo	
	Elija horario	
Viernes	Elija horario	
	Almuerzo	
	Elija horario	
Sábado	Elija horario	
Domingo	Elija horario	

**III. Certificación**

Certifico que los trabajos fueron realizados según antes descrito:

\_\_\_\_\_

Firma del Empleado

Click o tap para fecha

\_\_\_\_\_

Fecha



#### IV. Verificación de Supervisor

Visto Bueno

Verificar (ver comentarios)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Supervisor(a)

\_\_\_\_\_  
Firma de Supervisor(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Comentarios:




**LICENCIA POR ENFERMEDADES GRAVE CATASTRÓFICA PARA BENEFICIO DE EMPLEADOS**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. Información del Empleado**

Placa       Civil

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Núm. de placa y rango/Núm. de empleado

\_\_ Cantidad de días Solicitados (máximo 6 días por año natural)

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado o Familiar autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**II. Certificación de la División de Licencia / Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**

<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible tiene acumulado a su favor un mínimo de 10 diez días por licencia de enfermedad.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible ha agotado los balances de Licencia de Enfermedad a su favor.
<input type="checkbox"/>	Certifico que el empleado elegible cumple con las disposiciones contenidas en la carta circular <b>DSP- 2020-CC-007</b> .

\_\_\_\_\_  
Nombre del Oficial de Licencia

\_\_\_\_\_  
Título del Puesto

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de Licencias

\_\_\_\_\_  
Fecha

**III. Autorización del Secretario o su Representante Autorizado**

Autorizo la Licencia Especial por enfermedad Catastrófica, según solicitada y certificada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Secretario o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha





## RECONOCIMIENTO DE RIESGO DE NULIDAD

(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

### I. CERTIFICACIÓN DE AUTORIDAD NOMINADORA O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, Nombre del Funcionario Autoridad Nominadora, Autoridad Nominadora o Funcionario Delegado del DSP, certifico que esta entidad solicitó al Negociado de La Policía de Puerto Rico la investigación de campo y que el resultado de esta hoy no se ha recibido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la Autoridad Nominadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

### II. RECONOCIMIENTO DE RIESGO DE NULIDAD

Yo, Nombre del Candidato, nombrado(a) en el día de hoy para ocupar el puesto de Título del Puesto en la entidad del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico, reconozco y acepto que, de recibir un resultado de la investigación de campo NO FAVORABLE, el nombramiento será NULO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato

\_\_\_\_\_  
Fecha





## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

### (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

El presente documento, rige el manejo de información entre el Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico (DSP) y el o la Sr(a). \_\_\_\_\_, el cual se hace efectivo a la fecha: \_\_\_\_\_.

#### I. Definición de Información Confidencial

Mantener la confidencialidad de los asuntos relacionados con su trabajo constituye uno de los deberes y obligaciones mínimas esenciales requeridas a todo empleado público. Así lo establece la Ley 8-2017, según enmendada, conocida como la “Ley para la Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico”<sup>1</sup>, la cual expone también que el incumplimiento con lo anterior debería conllevar la imposición de acciones disciplinarias.

Del mismo modo, la citada legislación dicta la obligación de cumplir con las normas de conducta ética dispuestas para los funcionarios públicos en la Ley 1-2012, según enmendada, conocida como “Ley Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico”, la cual define lo que es una “**información o documento confidencial**”:

“aquel así declarado por ley; el que está protegido por alguno de los privilegios de Derecho Probatorio; el que, si se revela, puede lesionar los derechos fundamentales de terceros o el derecho a la intimidad y a la vida privada de los servidores públicos; cuando revelarlos pueda constituir una violación del privilegio ejecutivo; **cuando el documento o la información sea parte del proceso deliberativo en la formulación de la política pública y, cuando divulgarla, pueda poner en peligro la vida o la integridad física del servidor público o de otra persona, la seguridad del país o afectar transacciones de negocios o gestiones oficiales del Estado que están en proceso** durante la solicitud. **Incluye informes, memorandos o cualquier escrito preparado por un servidor público en el ejercicio de su cargo o empleo para su superior o para fines internos de las decisiones y de las actuaciones departamentales.**”

(*énfasis nuestro*)

Para propósito de los asuntos administrativos del DSP, se considerará información confidencial aquellas ideas, técnicas, borradores, escritos, dibujos, gráficas, tablas, modelos, equipos, fórmulas, documentos, programas de computadoras, listas, propuestas y la información concernida dentro del debate, análisis, desarrollo, diseño y estudios necesarios para la toma de decisiones. Esto, particularmente en cuanto a las acciones de personal, ascensos, traslados, descensos, movilidad, acciones de medidas disciplinarias, reclutamiento y selección, nombramientos y cambios. Se incluyen también, los sistemas electrónicos de acceso y manejo de los recursos humanos que se adopten y que estén en uso actualmente en el DSP y los negociados que lo componen.

<sup>1</sup> Sección 6.6 (8) (e), 3 L.P.R.A. § 1472f(8)(e)





## II. Manejo de Información Confidencial

Si la información confidencial se encuentra dentro de materiales tangibles (incluyendo y sin limitarse a programas de computadoras, dibujos, gráficas, tablas, escritos y otros) será marcada como "Confidencial", utilizando algún sello, ponche o marca (*watermark*). Si la información confidencial tiene que ser expresada oralmente, o mediante métodos visuales, (entiéndase presentaciones de *Power Point*, vídeos, escritos, grabaciones, transparencias, etc.), tendrá que ser identificada como tal, antes de su transmisión.

Mediante el presente documento, usted acuerda el no relevar, divulgar, facilitar o insinuar información bajo cualquier forma o medio, a ninguna persona natural, jurídica, sea ésta pública o privada, y a no utilizar la misma para su propio beneficio o para beneficio de cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada. Además, se obliga a mantener estricta confidencialidad y a no revelar la información surgida, excepto cuando la transmisión de información sea aprobada por escrito, bajo firma del Secretario del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico.

La revelación de información en violación a lo aquí dispuesto podría estar sujeta a sanciones, que van desde acciones disciplinarias hasta pena de reclusión, según en derecho procedan.

Por tanto, luego de haber leído y entendido el presente documento en su totalidad y estar de acuerdo con todo lo estipulado en él, me comprometo a no divulgar la información confidencial que haya podido conocer por razón del ejercicio de mis funciones como empleado del DSP, con excepción de que reciba un requerimiento formal o permiso de una autoridad competente que requiera la divulgación de la misma.

## III. Duración o Término

El presente acuerdo se extenderá por el término que comprenda la labor establecida en la cláusula (1) del presente documento, a partir de la fecha dispuesta en el primer párrafo de este documento.

En San Juan, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma



## SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL REPRESENTANTE EXCLUSIVO<sup>1</sup> (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Yo, Nombre del Empleado en letra de molde, funcionario o empleado de Nombre de la entidad Gubernamental, expreso mi intención de afiliarme al representante sindical de la unidad apropiada Nombre del Representante Exclusivo. A esos fines, autorizo a deducir de mi salario una cantidad que no exceda de \$ XXX.xx mensuales por concepto de cuota de membresía para beneficio del representante sindical. Reconozco que puedo desafiliarme en cualquier momento y que el Tribunal Supremo de los Estados Unidos<sup>2</sup> ha determinado que no se puede obligar a un empleado público a pertenecer a un representante sindical ni al descuento salarial de una cuota<sup>3</sup>.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

Clic o tap para fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este documento deberá ser entregado en el Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Departamento de Seguridad Pública. Se recomienda al empleado entregar copia de esta notificación al representante sindical.

<sup>1</sup> Copia de esta autorización debidamente cumplimentada por el(la) empleado(a) deberá incluirse en el expediente de personal.

<sup>2</sup> Este documento tiene el propósito de cumplir con lo resuelto por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *Janus v. American Federation of State, County, and Municipal Employees*, 5851). S. \_\_ (2018).

<sup>3</sup> No se podrán cometer actos de represalia contra la persona que decida pagar los cargos por servicio ("agency fees") para beneficio del representante exclusivo. Cualquier acto de represalia será investigado prontamente de conformidad con la ley.





## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE CARGOS POR SERVICIO<sup>1</sup> (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Yo, Nombre del Empleado en letra de molde, funcionario o empleado de Nombre de la entidad Gubernamental, no afiliado al representante exclusivo de mi taller de trabajo, autorizo expresamente a deducir de mi salario los cargos por servicio en una cantidad que no exceda de \$ XXX.xx mensuales por concepto de cuota de membresía para beneficio del representante sindical Nombre del Representante Exclusivo. Reconozco que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que el Tribunal Supremo de los Estados Unidos<sup>2</sup> ha determinado que no se puede obligar a un empleado público a pertenecer a un representante sindical ni al descuento salarial de una cuota<sup>3</sup>.

\_\_\_\_\_

Firma del Empleado

Clic o tap para fecha

\_\_\_\_\_

Fecha

Este documento deberá ser entregado en el Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Departamento de Seguridad Pública. Se recomienda al empleado entregar copia de esta notificación al representante sindical.

<sup>1</sup> Copia de esta autorización debidamente cumplimentada por el(la) empleado(a) deberá incluirse en el expediente de personal.

<sup>2</sup> Este documento tiene el propósito de cumplir con lo resuelto por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *Janus v. American Federation of State, County, and Municipal Employees*, 5851). S. \_\_\_ (2018).

<sup>3</sup> No se podrán cometer actos de represalia contra la persona que decida pagar los cargos por servicio ("agency fees") para beneficio del representante exclusivo. Cualquier acto de represalia será investigado prontamente de conformidad con la ley.





## SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN DEL REPRESENTANTE SINDICAL<sup>1</sup> (Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Yo, Nombre del Empleado en letra de molde, funcionario o empleado de Nombre de la entidad Gubernamental, y miembro de Nombre del Representante Exclusivo en mi taller de trabajo, solicito la desafiliación de mi representante sindical de manera inmediata. Reconozco que debo autorizar expresamente, mediante el formulario oficial, el cobro de cualquier cargo por servicio para beneficio del representante exclusivo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

Clic o tap para fecha  
\_\_\_\_\_  
Fecha

Este documento deberá ser entregado en el Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Departamento de Seguridad Pública. Se recomienda al empleado entregar copia de esta notificación al representante sindical.

<sup>1</sup> Copia de esta autorización debidamente cumplimentada por el(la) empleado(a) deberá incluirse en el expediente de personal.

Este documento tiene el propósito de cumplir con lo resuelto por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *Janus v. American Federation of State, County, and Municipal Employees*, 585 U.S. \_\_\_ (2018).

No se podrán cometer actos de represalia contra la persona que elija desafiliarse del representante sindical. Cualquier acto de represalia será prontamente investigado de conformidad con la ley,





CERTIFICACION SOBRE RELEVO DE OBLIGACIONES CON LA ENTIDAD
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

NOTA: Este documento lo deberá preparar el empleado(a), quien pasará por las diferentes oficinas que se indican para el endoso correspondiente.

Nombre y Apellidos del Empleado(a) Seguro Social

Área, División u Oficina Supervisor(a) Inmediato

Razón de Cese: [ ] Renuncia [ ] Traslado [ ] Destaque [ ] Destitución [ ] Incapacidad

CERTIFICACION Fecha de Cese:

Los abajo endosantes, luego de verificar todo lo relacionado con su área asignada, entiéndase propiedad, vehículos, sistemas, deudas pendientes de pago por servicios recibidos por esta Agencia, o cualquier otro asunto meritorio recomiendan la siguiente acción:

- A. NO TIENE asuntos pendientes de resolver en esta Oficina, por lo que recomienda favorablemente la acción de personal propuesta.
B. TIENE asuntos pendientes de resolver en esta Oficina, por lo que recomienda se detenga hasta tanto se resuelva la misma.

Sección de Transportación Sección de Transportación

Sección de Propiedad Sección de Propiedad

Centro de Sistemas de Información Centro de Sistemas de Información

División de Finanzas División de Finanzas

Credenciales Credenciales

Sección de Asistencia y Licencias - 1 Sección de Asistencia y Licencias - 1

Director(a) de Recursos Humanos Director(a) de Recursos Humanos







CERTIFICACIÓN NO COMPENSACIÓN POR MÁS DE UN CARGO O EMPLEO EN
EL GOBIERNO DE PUERTO RICO\*

(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)

Yo, Clic o tap para Nombre del Solicitante., vecino de Clic o tap para Pueblo de
Residencia. certifico que:

- No tengo un empleo para el gobierno estatal, municipal o federal
Si tengo un empleo para:

(Nombre de la Agencia o Instrumentalidad del gobierno)

- Renuncia
Licencia sin sueldo

Clic o tap para fecha.

(Fecha de Renuncia o Licencia sin sueldo)

Evidencia del trámite:

- Carta de aceptación de renuncia por patrono o autoridad nominadora.
Carta de aprobación de Licencia sin sueldo por patrono o autoridad nominadora.

(Firma del Solicitante)

(Fecha)

PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE RECUROS HUMANOS Y RELACIONES
LABORALES

(Nombre de Representante del ARHRL que
recibe la certificación)

(Firma de Representante del ARHRL que
recibe la certificación)

(Fecha)

\*[1] González v. E.L.A., 167 D.P.R. 400, 413 (2006); Santiago Declat v. Depto. de la Familia, 153 D.P.R. 208, 218 (2001); Magriz v.
Empresas Nativas, 146 D.P.R. 63, 71 (1997); Franco v. Mun. de Cidra, 113 D.P.R. 260, 262 (1982).

[1] Franco v. Municipio de Cidra, 113 D.P.R. 260, 264 (1982); Colón v. Municipio de Ceiba, 112 D.P.R. 740, 746 (1982). Por
consiguiente, un acto nulo no procede ninguno de los efectos jurídicos que se proponía, y es insubsanable de orden público.
Millan v. Caribe Motors Co., 83 D.P.R. 494; 504 (1961).





**OMISIÓN DE REGISTRO DE ASISTENCIA**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

<b>I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO</b>			
_____		_____	
(Nombre del (la) Empleado(a))		(Negociado u Oficina)	
_____		_____	
(Nombre del (la) Supervisor(a))		(Área, Unidad o División)	
<b>II. PONCHE OMITIDO</b>			
_____			
Fecha de Omisión			
_____	_____	_____	_____
Hora de Entrada	Hora de Salida	Hora de Entrada	Hora de Salida
Justificación:			
_____		_____	
Firma del (la) Empleado(a)		Firma del (la) Supervisor(a)	
_____		_____	
Fecha		Fecha	
<b>III. CERTIFICACIÓN DE DIRECTOR(A)</b>			
Conforme a las Normas Internas sobre Jornada de Trabajo y Asistencia, los (las) Directores(as) de Área, Unidad o División, deben aprobar las omisiones.			
_____		_____	
(Nombre del (la) Director(a))		(Firma del (la) Director(a))	
_____		_____	
(Fecha)			





**NOTIFICACIÓN DE LIQUIDACIÓN DE LICENCIAS  
(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

**I. Información del Empleado**

_____	Nombre del(la) Empleado(a)	XXX-XX-_____ Últimos 4 # S.S.
_____	Unidad de Trabajo	_____ Fecha de Renuncia o Cese

**II. Balance de Licencias**

Tipo de Licencia	Días	Horas	Minutos
Licencia de Vacaciones	_____	_____	_____
Licencia por Enfermedad	_____	_____	_____
Tiempo Compensatorio	_____	_____	_____
Comentarios:			
_____ _____ _____			

**III. Certificaciones**

Preparado por:	
_____	_____
Nombre de Encargado(a) de Licencias	Firma de Encargado(a) de Licencias
_____	
Fecha	
Aprobado por:	
_____	_____
Nombre de Director(a) ARHRL	Firma de Director(a) ARHRL
_____	
Fecha	
Recibido por:	
_____	_____
Nombre de Oficial Encargado de Nóminas	Firma de Oficial Encargado de Nóminas
_____	
Fecha	

Nota: Esta notificación no es válida si no tiene el sello oficial del Área de Recursos Humanos y Relaciones Labotales

**Sello Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales**





**SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**

Empleado DSP

Aspirante a Empleo

**I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Título del Puesto que ocupa o aspira			
Negociado al que pertenece el puesto			

**II. CONTESTE LO SIGUIENTE**

- A. ¿Cuál es el impedimento y por cuánto tiempo a pedecido el mismo?
  
- B. ¿Qué actividad principal de la vida se ve limitada a realizar por su impedimento?
  
- C. ¿Qué función esencial del puesto se ve limitada o imposibilitada a realizar sin el Acomodo Razonable?
  
- D. ¿Cuál(es) es(son) el(los) acomodo(s) Razonable(s) que entiende necesario para realizar la función esencial descrita en la pregunta anterior?
  
- E. Detalle los documentos que incluye con esta solicitud que sustenten su condición, que indiquen la relación que tiene el Acomodo Razonable solicitado con su impedimento (evidencia médica clara y precisa).

**II. CERTIFICACIÓN**

Certifico que la Información aquí provista en esta solicitud es correcta

\_\_\_\_\_ (Firma del Empleado o Aspirante a Puesto)

\_\_\_\_\_ (Fecha)





**SOLICITUD DE ASCENSO**  
**(Área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales)**  
**Patrón con igualdad de Oportunidades en el Empleo.**

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.

Rango que solicita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</b>		
<input type="checkbox"/> Aceptada	<input type="checkbox"/> Denegada	<input type="checkbox"/> Devuelta
Fecha:	_____	
Analista:	_____	

**INSTRUCCIONES**

1. Escriba en letra de molde.
2. Complete la solicitud en todas sus partes.
3. Indique claramente el Título del Examen que interesa tomar
4. Incluya solo fotocopias de su evidencia.
5. Incluya Certificación de Radicación de Planillas.
6. Incluya Certificación de No Deuda.

**I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

			Sexo:
(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)	
Dirección Residencial:	Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	<input type="checkbox"/> Femenino  <input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección de Correo Electrónico:	_____		
Teléfono(s):	Ciudadanía:		
Celular:	A. ¿Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Residencial:	Los ciudadanos americanos naturalizados deben mostrar el certificado de naturalización. Extranjeros legalmente autorizados a trabajar en los E.U. deben presentar documento vigente de autorización para empleo.		
Trabajo:			
¿Está usted física y mentalmente capacitado para desempeñar las funciones esenciales del rango que solicita?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Ha sido convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Ha sido indultado?			
<input type="checkbox"/> Absoluto <input type="checkbox"/> Condicional			





## II. PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre y Ciudad o Pueblo Escuela Elemental, Intermedia y Superior	Fechas (mes y año)		¿Se graduó Usted?	Curso	Indique el Grado más alto cursado: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
	Desde	Hasta			
Colegio, Universidad	Fechas (mes y año)		Créditos por Horas Semestre	Grado Conferido	Concentración
	Desde	Hasta			
Otros Cursos/Instituciones	Fechas (mes y año)		Diploma o Certificado	Total de Horas	
	Desde	Hasta			

Detalle licencias que posea, indicando clase, número y fecha de vencimiento:


### Destrezas y Habilidades

#### Programas de Computadoras

Programa	Avanzado	Intermedio	Básico
Microsoft Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microsoft Outlook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Idiomas

Idioma	Habla	Escribe	Entiende
Español	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico
Inglés	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico
Otros:	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Avanzado
	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Intermedio
	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Básico

Indique qué máquina(s) y/o equipo(s) sabe operar:

Computadoras       Otros: \_\_\_\_\_





### III. HISTORIAL OCUPACIONAL

Haga una relación cronológica de todos sus empleos tanto en Puerto Rico como en el extranjero, empezando desde el presente hasta su primer empleo. Las direcciones deben ser completas. Incluya trabajos temporeros y aquellos que solo lo ocupaba parte del tiempo.

A. Nombre del Patrono: _____		Desde:	_____
Dirección: _____		Hasta:	_____
Título del Puesto: _____			
Describa los deberes brevemente: _____			
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____			
B. Nombre del Patrono: _____		Desde:	_____
Dirección: _____		Hasta:	_____
Título del Puesto: _____			
Describa los deberes brevemente: _____			
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____			
C. Nombre del Patrono: _____		Desde:	_____
Dirección: _____		Hasta:	_____
Título del Puesto: _____			
Describa los deberes brevemente: _____			
Nombre y Título de su Jefe Inmediato: _____			

### V. 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 preferencia establecidas por ley. Su información será mantenida de forma confidencial.

**Veterano**

¿Es usted:

Veterano       Veterano Incapacitado

Para reclamar preferencia de veterano, debe completar el **Anejo 3** y someter **Certificado de Licenciamiento (Forma 214)**.

¿Solicita este beneficio?

Si       No

### VI. REFERENCIAS

De nombre y direcciones de tres (3) personas que no sean parientes o expatronos suyos y que lo conozcan personalmente:

Nombre	Dirección	Teléfono	Tiempo que lo conocen





**VII. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIONES**

Certifico que la información aquí contenida es exacta y verídica, y que la misma ha sido expuesta sin intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. Tengo conocimiento de que descubrirse cualquier falsedad o fraude en relación con lo firmado, estaré sujeto a la destitución o la imposición otra medida disciplinaria, según se dispone en la Sección 6.3.3(m) de la Ley Núm.. 8 de 4 de febrero de 2017, en casos de cualquier persona "que haya dado falso testimonio en cuanto a cualquier hecho concreto, o que haya realizado o intente realizar engaño o fraude en su solicitud o sus exámenes o para conseguir elegibilidad o nombramiento".

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Por la presente autorizo a cualquier persona particular o a cualquier corporación, institución, empresa, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezcan al Secretario del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico o a la(s) persona(s) en quien él (ella) delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione a mi conducta, reputación, salud, hábitos o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente.

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

This is to authorize the Department of Defense or his agencies, to furnish my full military service, disciplinary and medical records. To release these records to the Secretary of the Puerto Rico Department of Public Safety or his(her) legal representative.

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

