



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
Dr. Ramón M. Suárez Calderón



Ave. Américo Miranda Entrada Principal Centro Médico
P.O. Box 366528, San Juan, P.R. 00936-6528
Tel: 787-754-8500; Fax 787-999-0861
www.cardiovascular.pr.gov

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

1. NOMBRE:		SOLICITUD DE EMPLEO
2. DIRECCION POSTAL:		
(código postal)		
2a. Número de Teléfono Residencial	2b. Correo Electrónico	
Trabajo		
Celular		
3. Título del puesto(s) que solicita según se anuncia en la Convocatoria:		
4. CONDICIONES DE EMPLEO (Marque aquellas que usted aceptaría)		
	SI NO	
a. Nombramiento Regular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Nombramiento Temporero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Nombramiento a Tarea Parcial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d. Turnos Rotativos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
e. Turnos Nocturnos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PREPARACION ACADEMICA

10. ¿SE GRADUO DE ESCUELA SUPERIOR O EQUIVALENTE? SI NO FECHA:

11. SI LA CONTESTACION A LA PREGUNTA ANTERIOR ES NO INDIQUE EL GRADO MAS ALTO APROBADO:

12. SI SE GRADUO, INDIQUE CURSO APROBADO:

13. NOMBRE Y DIRECCION DE LA ESCUELA:

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

INSTITUCION	Fecha		Créditos Aprobados	Se Graduó Sí o No	Año Graduó	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
	Desde	Hasta					

15. SI ESTUDIO EN INSTITUCIONES FUERA, P.R., INDIQUE LA DIRECCION:

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

INSTITUCION	TÍTULO DE CURSO	DURACION DEL CURSO

17. LICENCIAS QUE POSEE PARA EJERCER UNA PROFESION U OFICIO (**ACOMPÑE EVIDENCIA**)

CLASE	NÚMERO	FECHA EXPEDIDA	FECHA VENCIMIENTO

TODA SOLICITUD DE EMPLEO DEBERA ACOMPÑARSE DE EVIDENCIAS DE PREPARACION ACADEMICA. PARA LOS PUESTOS QUE ASI LO REQUIERAN SE DEBERA PRESENTAR ADEMÁS, EVIDENCIA DE LICENCIA, COLEGIACION Y/O CERTIFICADOS

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

18. ACCION TOMADA Aceptada Devuelta Denegada POR: FECHA:

"SOMOS UN PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO Y TOMAMOS ACCIÓN AFIRMATIVA PARA RECLUTAR A MUJERES, MINORÍAS, VETERANOS PROTEGIDOS Y PERSONAS CON IMPEDIMENTOS"

EXPERIENCIA

INCLUYA UNA RELACION DE SU EXPERIENCIA COMENZANDO CON SU ULTIMO EMPLEO. DE SER NECESARIO UTILICE UNA HOJA ADICIONAL SIGUIENDO EL MISMO PATRON. SEA ESPECIFICO(A) INDICANDO PUESTOS, FECHA Y SALARIOS. DESCRIBA SUS DEBERES. DESTACANDO LAS FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PUESTO SOLICITADO. TODA EXPERIENCIA AQUI CITADA DEBERA RESPALDARSE CON CERTIFICACION DE LA AGENCIA O EMPRESA DONDE PRESTE O HAYA PRESTADO SERVICIOS. ESTAS CERTIFICACIONES DEBERAN INCLUIR: POSICION OCUPADA, SUELDO, FECHAS EXACTAS DE LA EXPERIENCIA Y DESCRIPCION GENERAL DE DEBERES.

(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes, año)	NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA RESUMEN DE EVALUACION REQUISITOS MINIMOS _____ ENTREVISTA _____ EXAMEN ESCRITO _____ EXPERIENCIA ADICIONAL _____ <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> TOTAL _____ PREPARACION ADICIONAL _____ PREFERENCIA DE VETERANO _____ A. INCAPACITADO _____ B. NO INCAPACITADO _____ NOTA _____ FECHA _____ TECNICO _____ Revisado por: _____																																													
Título del empleo ocupado por usted	Desde:																																														
Deberes (Descríbalos brevemente)	Hasta:																																														
Nombre Supervisor (a) Inmediato (a) Teléfono																																															
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes, año)																																														
Título del empleo ocupado por usted	Desde:																																														
Deberes (Descríbalos brevemente)	Hasta:																																														
Nombre Supervisor (a) Inmediato (a) Teléfono																																															
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes, año)																																														
Título del empleo ocupado por usted	Desde:																																														
Deberes (Descríbalos brevemente)	Hasta:																																														
Nombre Supervisor (a) Inmediato (a) Teléfono																																															
(Nombre y dirección del lugar del trabajo)	Duración (día, mes, año)																																														
Título del empleo ocupado por usted	Desde:																																														
Deberes (Descríbalos brevemente)	Hasta:																																														
Nombre Supervisor (a) Inmediato (a) Teléfono																																															

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

19. CONTESTE SI O NO

- ¿Ha sido destituido(a) de algún puesto público? SI NO
- ¿Ha sido incluido en alguna de las listas de exclusión del gobierno federal o estatal? SI NO
- ¿Ha sido habilitado(a) por la Oficina Central de Administración de Personal? SI NO
- En caso de afirmativo, acompañe documentación al efecto

PERSONA A NOTIFICARSE EN CASO DE EMERGENCIA

22. NOMBRE	PARENTESCO	TELEFONO	DIRECCION
------------	------------	----------	-----------

CERTIFICO QUE LA INFORMACION OFRECIDA POR MI EN ESTA SOLICITUD ES CIERTA, EXACTA Y VERIDICA; QUE HE EXPUESTO LA MISMA DE BUENA FE, SIN DESVIRTUAR LOS HECHOS NI COMETER FRAUDE. FIRMO QUE LOS DOCUMENTOS ANEXO A ESTA SOLICITUD SON DE CARACTER OFICIAL Y QUE NO HAN SIDO ALTERADOS, ENTIENDIENDOSE QUE ELLOS MISMOS PASAN A SER PROPIEDAD DE LA CORPORACION TENGO CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER TEGIVERSACION DE HECHOS U OMISION DE INFORMACION. HECHOS EN FORMA DELIBERADA DE MI PARTE, SERAN CAUSA SUFICIENTE PARA QUE SE ME DECLARE INELEGIBLE COMO ASPIRANTE O SE ME DESTITUYA COMO INCUMBENTE DE UN PUESTO EN LA CORPORACION. AUTORIZO A LA CORPORACION DEL CENTRO CARDIOVASCULAR A REALIZAR CUALQUIER INVESTIGACION SOBRE MIS REFERENCIAS PERSONALES Y MI EXPEDIENTE DE EMPLEADO(A) EN CUALQUIERA DE LAS ORGANIZACIONES (PÚBLICAS O PRIVADAS) PARA LAS CUALES HE TRABAJADO.

FECHA

FIRMA DEL (DE LA) SOLICITANTE



**IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE GÉNERO Y RAZA
PARA SOLICITANTES DE EMPLEO**

El Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe es un patrono que ofrece Igualdad de Oportunidades en el Empleo y Acción Afirmativa. Como contratista y/o subcontratista del gobierno federal, estamos obligados por ley a retener ciertos documentos y realizar análisis específicos de nuestros solicitantes y su clasificación por raza, etnia y género. Toda la información recopilada a través de esta encuesta se maneja y guarda de forma confidencial y se recopila exclusivamente para cumplir con los requisitos de mantenimiento de registros de las leyes y reglamentos relacionados con la discriminación en el empleo. **Por favor, tenga en cuenta que la divulgación de esta información solicitada es voluntaria.** Cualquier información recopilada no se convertirá en parte del expediente de ningún individuo y no estará disponible para los funcionarios que reclutan personal. Ni la divulgación de esta información, ni el rechazo para revelar la misma afectarán cualquier decisión relacionada con la contratación, el traslado, la promoción, compensación, capacitación, beneficios o continuación del empleo, ni va a afectar cualquier término o condición de empleo.

El Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe no discrimina por razones de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, condición de veterano protegido, o cualquier otra característica protegida por las leyes estatales o federales. Entendemos que llenar el formulario adjunto voluntariamente provee la información más precisa sobre el grupo de solicitantes, y como se ha señalado anteriormente, no habrá consecuencias negativas basadas en cualquier decisión que usted tome sobre divulgar o no divulgar esta información. Para obtener más información acerca de este formulario o de las obligaciones de igualdad de oportunidades en el empleo de los contratistas federales, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales del Departamento del Trabajo de los EE.UU. (OFCCP, por sus siglas en inglés) en www.dol.gov/ofccp.

ENCUESTA VOLUNTARIA DE ACCIÓN AFIRMATIVA PARA LOS SOLICITANTES EN LÍNEA (POR FAVOR SELECCIONE SOLO UN GÉNERO Y UNA RAZA/ETNIA)

(POR FAVOR SELECCIONE SOLO UN GÉNERO)

- Masculino**
 Femenino

(POR FAVOR SELECCIONE SÓLO UNA RAZA / ETNIA)

- Hispano o Latino**
 Blanco (No Hispano o Latino)
 Negro o Afroamericano (No Hispano o Latino)
 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico (No Hispano o Latino)
 Asiático (No Hispano o Latino)
 Indio Americano o Nativo de Alaska
 Dos o más razas (No Hispano o Latino)

Su nombre y apellido en letra legible

Fecha de hoy





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
Dr. Ramón M. Suárez Calderón

Formulario de Auto Identificación Voluntaria para Solicitante de Empleo

Auto-identificación voluntaria del estatus Veterano

Somos una empresa contratista del gobierno sujetos a la Ley de Asistencia para el Reacomodo de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, enmendada por la Ley de Empleo para Veteranos de 2002, 38 U.S.C. 4212 (VEVRAA), que requiere que los contratistas del gobierno tomen medidas afirmativas para emplear y avanzar en el empleo: (1) veteranos discapacitados; (2) veteranos recientemente separados; (3) veteranos en servicio activo durante la guerra o con distintivo de campaña; y (4) veteranos con medalla de servicio en las fuerzas armadas. Estas clasificaciones se definen de la siguiente manera y en lo sucesivo se hace referencia a todas como “Veteranos Protegidos”:

- Un “veterano discapacitado” es uno de los siguientes:
 - un veterano del servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. que tiene derecho a una indemnización (o que, a excepción del recibo de jubilación militar, tendría derecho a una indemnización) según las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos; o
 - una persona que fue dada de alta o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- Un “veterano recientemente separado” significa cualquier veterano durante el periodo de tres años que comienza en la fecha de su alta o baja del servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU.
- Un “veterano en servicio de guerra o con distintivo de campaña” significa un veterano que prestó servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos durante una guerra, o en una campaña o expedición para la cual se ha autorizado un distintivo de campaña bajo la Leyes administradas por el Departamento de Defensa.
- Un “veterano con medalla de servicio en las fuerzas armadas” significa un veterano que, mientras prestaba servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos, participó en una operación militar de los Estados Unidos por la cual se otorgó una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas de conformidad con la Orden Ejecutiva 12985.

Si cree que pertenece a alguna de las categorías de veteranos protegidos enumerados anteriormente, indíquelo marcando la casilla correspondiente a continuación. Como contratista del gobierno sujeto a VEVRAA, solicitamos esta información para medir la efectividad de los esfuerzos de alcance y reclutamiento positivos que realizamos de conformidad con VEVRAA.

- ME IDENTIFICO COMO UNA O MÁS DE LAS CLASIFICACIONES DE VETERANOS PROTEGIDOS QUE SE LISTAN ANTERIORMENTE.
- ME IDENTIFICO COMO VETERANO, NO SOLO UN VETERANO PROTEGIDO
- NO SOY VETERANO
- NO DESEO IDENTIFICARME

La aportación de esta información es voluntaria y la negativa a proporcionarla no lo someterá a ningún tratamiento adverso. La información provista se usará solo de manera que no sea incompatible con la Ley de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, según enmendada.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
Dr. Ramón M. Suárez Calderón

Formulario de Auto Identificación Voluntaria para Solicitante de Empleo

Somos un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. No discriminamos en la contratación o el empleo contra ninguna persona por motivos de raza, color, sexo, origen nacional, ascendencia, religión, discapacidad física o mental, edad, estado de veterano, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado civil, embarazo, la ciudadanía, o cualquier otro factor protegido por las leyes contra la discriminación.





Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad¹. Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- | | | | |
|-----------|----------------------|------------------------------------|--|
| Ceguera | • Autismo | • Trastorno bipolar | • Trastorno de estrés postraumático (TEPT) |
| Sordera | • Parálisis cerebral | • Depresión aguda | |
| Cáncer | • VIH/SIDA | • Esclerosis múltiple (EM) | • Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Diabetes | • Esquizofrenia | • Ausencia de extremidades | • Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Epilepsia | • Distrofia muscular | • Ausencia parcial de extremidades | • Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental) |

Favor marcar una de las casillas siguientes:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

 Su Nombre

 Fecha del día de Hoy



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
Dr. Ramón M. Suárez Calderón

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.