



## AVISO PÚBLICO

De conformidad con el Artículo 6, Sección 6.3, Inciso 3 (b y c) de la Ley Núm. 184 del 3 de agosto de 2004; Ley para la Administración de Recursos Humanos en el Servicio Público del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, se notifica lo siguiente:

- I. SE ACEPTARAN SOLICITUDES DE EXAMEN HASTA EL 30 de diciembre de 2015 PARA LA(S) SIGUIENTE(S) CLASE(S).

<u>CLASE</u>	<u>UBICACIÓN</u>
ENFERMERO (A) DE PROGRAMA	LAJAS

- II. SE MANTIENEN ABIERTAS HASTA NUEVO AVISO LAS CONVOCATORIAS A EXAMEN PARA LAS SIGUIENTES CLASES:

<u>CLASE</u>	<u>UBICACIÓN</u>
DIRECTOR (A) SERVICIOS MÉDICOS I	Programa Madres, Niños y Adolescentes Arecibo, Bayamón.
ENFERMERO(A) ASOCIADO(A) I	Hospital Ramón Ruiz Arnau - Bayamón Hospitales Universitario de Adultos y Pediátrico – Río Piedras
ENFERMERO(A) ASOCIADO(A) II	Bayamón Hospitales Universitario de Adultos y Pediátrico – Río Piedras
ENFERMERO(A) GENERALISTA I	Hospital Ramón Ruiz Arnau - Bayamón Hospitales Universitario de Adultos y Pediátrico – Río Piedras y Vieques
ENFERMERO(A) GENERALISTA II	Área Metropolitana, Vieques
ENFERMERO(A) PRÁCTICO(A) LICENCIADO(A) I	Hospital Ramón Ruiz Arnau - Bayamón Hospitales Universitario de Adultos y Pediátrico – Río Piedras

ENFERMERO(A) PRÁCTICO(A) LICENCIADO(A) II      Área Metropolitana

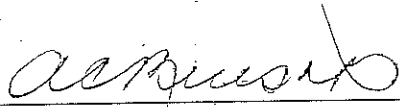
SUPERVISOR(A) DE ENFERMERIA I      Hospital Ramón Ruíz Arnau -  
Bayamón  
Hospitales Universitario de  
Adultos y Pediátrico -  
Río Piedras

SUPERVISOR(A) DE ENFERMERIA II      Área Metropolitana

**NOTAS ACLARATORIAS**

1. Conforme con la Ley 254 del 31 de agosto de 2000, las personas que soliciten las Convocatorias a Examen antes mencionadas, deberán presentar al momento de su solicitud una **Certificación de Radicación de Planilla de Contribución sobre Ingresos** de los últimos cuatro (4) años previos a la solicitud, si estaban obligados a rendir la misma; de no haber tenido que rendir planilla, deberán llenar el formulario titulado **Información sobre su Planilla de Contribución sobre Ingresos (Modelo SC-2781)**. De no someter lo anteriormente indicado, la solicitud de examen será denegada.
2. Los interesados en solicitar este examen deberán radicar la solicitud de examen (DSP-3) en la División de Reclutamiento y Selección de la Oficina de Recursos Humanos de este Departamento, ubicada en la Calle Maga, Terrenos Hospital de Siquiatría Forense, Edificio J, Centro Médico, Río Piedras, PR 00929.

8 de diciembre de 2015  
Fecha

  
\_\_\_\_\_  
Ana C. Rús Armendáriz, MD  
Secretaria  
Departamento de Salud

EL DEPARTAMENTO DE SALUD OFRECE IGUALDAD EN LAS OPORTUNIDADES DE EMPLEO

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS  
Y RELACIONES LABORALES  
APARTADO 70184  
SAN JUAN PR 00936

SE CONVOCA A EXAMEN PARA:

ENFERMERO(A) DE PROGRAMA ..... \$2,350.00-\$3,407.00  
Programa Madres, Niños y Adolescentes en Lajas

SE ACEPTARÁN SOLICITUDES HASTA EL 30 de diciembre de 2015  
NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

Sienta el orgullo y la satisfacción de servir a su pueblo contribuyendo al desarrollo de los servicios de salud a la vez que disfruta de los siguientes beneficios:

APORTACIÓN PARA SERVICIOS DE SALUD  
BONO DE NAVIDAD  
VACACIONES CON SUELDO  
OPORTUNIDADES DE ASCENSO  
SEGURIDAD DE EMPLEO  
OPORTUNIDADES DE ESTUDIO PRÉSTAMOS PARA HOGARES  
BENEFICIOS DE RETIRO LICENCIA POR ENFERMEDAD  
PREMIOS POR MEJORAS ADMINISTRATIVAS

**REQUISITOS MÍNIMOS:**

1. Licencia permanente de Enfermero(a) Generalista expedida por la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros de Puerto Rico.
2. Ser miembro activo del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico y estar al día en el pago de las cuotas.
3. Poseer Registro y recertificación vigente de Profesionales de la Salud.
4. No requiere experiencia.

**NATURALEZA DEL EXAMEN:**

Evaluación de preparación académica y experiencia de empleo según certificada por los aspirantes. Los factores y valores relativos serán los determinados en la base de evaluación correspondiente a la clase.

**NATURALEZA DEL TRABAJO:**

Trabajo profesional en el campo de la Enfermería que consiste en proveer servicios de apoyo, orientación en salud, y/o evaluación de cumplimiento de requisitos relacionados con el programa de salud donde esté asignado(a).

**PERIODO PROBATORIO:**

Seis (6) meses

**IMPORTANTE:**

En cumplimiento con la Ley número 254, del 31 de agosto de 2000, es indispensable presentar al momento de la radicación de la Solicitud de Examen (DSP-3), una Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos de los últimos cuatro (4) años previos a la solicitud, si estaba obligado a rendir la misma; de no haber tenido que rendir planilla, deberá llenar el formulario finalizado "Información sobre su Planilla de Contribución sobre Ingresos" (modelo SC-2781).

NOTAS ACLARATORIAS

1. **IMPORTANTE:** Al momento de solicitar, los(as) candidatos(as) deberán haber completado los requisitos y así hacerlo constar en sus Solicitudes de Examen. Aquellas solicitudes que carezcan de la información esencial para determinar si el (la) aspirante reúne los requisitos, **serán denegadas.**
2. A los efectos de otorgar puntuación en el proceso de evaluación es indispensable que los(as) solicitantes sometan evidencia acreditativa de preparación académica y experiencias de empleo y de los cursos y adiestramientos directamente relacionados con las funciones de la clase.
3. Esta convocatoria se emite única y exclusivamente para cubrir un puesto en: el Programa Madres, Niños y Adolescentes en Lajas. No se aceptarán solicitudes para otros pueblos.
4. Se aceptarán **solamente** las Solicitudes de Examen (DSP-3) que se reciban en la División de Reclutamiento y Selección en la Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales dentro del período establecido. En los casos de Solicitudes de Examen enviadas el día de cierre de la convocatoria a través del Servicio Postal, se aceptará la fecha de matasellos del correo como fecha de recibo en la División de Reclutamiento y Selección.
5. El valor total del examen es de cien (100) puntos o un setenta por ciento (70%). Se adjudicará un veinte por ciento (20%) por experiencia de trabajo adicional a los requisitos mínimos y un diez por ciento (10%) por preparación académica adicional y cursos o adiestramientos directamente relacionado con las funciones del puesto.
6. Una vez radicada y evaluada la solicitud de examen no se aceptará ninguna alteración a la misma.
7. Pueden emplearse solamente los (as) ciudadanos (as) de los Estados Unidos de América y los (as) extranjeros (as) legalmente autorizados (as) a trabajar.
8. Se adjudicará puntuación adicional a la nota obtenida por concepto de una de las siguientes Leyes (según aplique):
  - a. Número 203 del 14 de diciembre de 2007, en su Artículo 4, Incisos F-a (1,3), de la Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI, establece que se adjudicará diez (10) puntos o el diez por ciento (10%), lo que sea mayor, como puntuación adicional a la nota obtenida por concepto de Derecho de Preferencia de Veterano, a todo Veterano Licenciado Honorosamente. Para solicitar la Preferencia de Veterano deberá someter copia de la Forma DD-214.
  - b. Número 81 del 27 de julio de 1996, otorga el beneficio de cinco (5) puntos o el 5% a la puntuación total de examen, adicionales a la nota obtenida por una persona con impedimento cualificada en cualquier examen. Esta Ley aplicará a las personas cuyo impedimento físico, mental o sensorial afecta sustancialmente una o más de las actividades principales de su vida. El beneficio de esta Ley no aplicará a las personas con impedimentos que cualifiquen para preferencia a veteranos. De solicitar este beneficio, deberá someter un certificado médico de no más de doce (12) meses de expedición o cualquier otra evidencia que acredite su condición.
  - c. Número 1 del 7 de enero de 2004, otorga el beneficio de cinco (5) puntos o el 5% de la puntuación total del examen, adicionales a la nota de pase obtenida por una persona beneficiaria de los programas de asistencia económica gubernamental, que se encuentren bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de Personal y Oportunidad Laboral (P.R.O.W.R.A.) en Puerto Rico, Ley Pública Federal Número 104-193 de 22 de agosto de 1996. De solicitar este beneficio, deberá someter Certificación Participante de Beneficios vigente.
9. La Ley número 78 de 14 de agosto de 1997, conocida como "Ley para Reglamentar las Pruebas para la Detección de Sustancias Controladas en el Empleo del Sector Público" requiere que el (la) candidato(a) preseleccionado(a) para ocupar un puesto se someta a una prueba para la detección de sustancias controladas como requisito previo al empleo.
10. Solamente se aceptará preparación académica proveniente de instituciones educativas acreditadas, de acuerdo con las disposiciones de la Ley número 31 del 10 de mayo de 1976. Los estudios realizados en el extranjero serán acreditados, sólo si somete convalidación de los mismos.
11. En los casos en que el (la) solicitante sea empleado(a) del Sistema de Administración de Personal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, establecido mediante la Ley número 184 del 3 de agosto de 2004, según enmendada, se considerarán únicamente las funciones propias y el nivel de la clasificación oficial del puesto en el cual fue nombrado.
12. La experiencia adquirida mediante interinatos en el Sistema de Personal se acreditará si concurren las siguientes condiciones:

- a. designación mediante comunicación escrita por la autoridad nominadora para desempeñar las funciones de un puesto por un período de doce (12) meses ininterrumpidos
  - b. el puesto y el(la) empleado(a) pertenecen al mismo servicio de carrera o de confianza
  - c. reunir los requisitos mínimos requeridos para el puesto al momento de la designación
  - d. haber desempeñado en todo el período del interinato todos los deberes normales del puesto
  - e. toda experiencia será considerada siempre que haya sido adquirida con posterioridad a la preparación académica establecida para la clase
13. Los(as) candidatos(as) que indiquen poseer experiencia en empresas privadas o agencias excluidas de las disposiciones de la Ley de Personal del Servicio Público, deberán acompañar conjuntamente con su solicitud de examen una certificación de empleo firmada por el Director de Recursos Humanos de las agencias o empresas donde preste o haya prestado servicios, que incluya:
- a. posición ocupada
  - b. sueldo semanal, mensual o por hora si se trata de empleo a jornada parcial
  - c. fechas exactas en que adquirió la experiencia (día, mes y año) y número de horas trabajadas semanalmente
  - d. descripción detallada de los deberes
  - e. para conceder crédito por la experiencia adquirida en Agencias como Administradores Individuales, deberá someter los siguientes formularios oficiales de cada uno de los puestos ocupados:
    1. Descripción de puesto.
    2. Especificaciones de clases.
  - f. si alguna de las experiencias adquiridas fue mediante un contrato de servicios profesionales y consultivos, las certificaciones de empleo deberán especificar si éstos contenían los elementos propios de un puesto. Si el contrato no constituía puesto, requerimos que envíe copia certificada del mismo con una certificación firmada por un funcionario autorizado de la agencia, en la que se especifique lo siguiente:
    1. Título del nombramiento.
    2. Fechas exactas de experiencia (día, mes y año en que comenzó y terminó).
    3. Número de horas trabajadas.
    4. Descripción detallada de las funciones (si el contrato no las contiene).
14. La experiencia será considerada siempre que haya sido adquirida con posterioridad a la preparación académica mínima requerida para las clases.

CONVOCATORIA NÚMERO: 06G-15U FECHA 8 de diciembre de 2015



Ana C. Riuss Armendáriz, MD  
Secretaría de Salud  
Departamento de Salud

EL DEPARTAMENTO DE SALUD OFRECE IGUALDAD EN LAS OPORTUNIDADES DE EMPLEO

**CERTIFICACION DE EXPERIENCIA**  
**PARA QUE SU SOLICITUD SE TRAMITE CON TODA RAPIDEZ, ESPECIFIQUE CORRECTAMENTE**  
**TODO LO RELACIONADO CON SU EXPERIENCIA**  
 (Fechas, Nivel y Sueldos)

<p><b>16. EXPERIENCIA:</b> Incluya una relacion de su experiencia comenzando con su ultimo empleo. Si fuere necesario use una hoja adicional siguiendo el mismo patrón. Indique la clase de trabajo que usted realizaba así como el número y condición de los empleados bajo sus órdenes, si alguno. Indique si el empleo requería sus servicios sólo parte del tiempo. Especifique si durante los períodos de empleo ha estado fuera del servicio en uso de licencia sin sueldo, licencia milita o licencia con sueldo para estudios. Indique las fechas exactas (día, mes y año)</p> <p style="text-align: center;"><b>Nombre y dirección del lugar del trabajo</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Título del puesto ocupado por usted</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Deberes (Describalos brevemente)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Nombre y dirección del lugar del trabajo</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Título del puesto ocupado por usted</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Deberes (Describalos brevemente)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Título del puesto ocupado por usted</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Deberes (Describalos brevemente)</b></p>		<p><b>RESUMEN DE EVALUACION</b></p> <p>REQUISITOS MINIMOS _____</p> <p>EXPERIENCIA ADICIONAL _____</p>
<p>Indique día, mes y año</p> <p>Desde: _____</p> <p>Hasta: _____</p> <p>Total: _____</p> <p>Sueldo Mensual:</p> <p>Inicial: _____</p> <p>Final: _____</p> <p>Duración del empleo</p> <p>Indique día, mes y año</p> <p>Desde: _____</p> <p>Hasta: _____</p> <p>Total: _____</p> <p>Sueldo Mensual:</p> <p>Inicial: _____</p> <p>Final: _____</p> <p>Duración del empleo</p> <p>Indique día, mes y año</p> <p>Desde: _____</p> <p>Hasta: _____</p> <p>Total: _____</p> <p>Sueldo Mensual:</p> <p>Inicial: _____</p> <p>Final: _____</p>	<p>Duración del empleo</p> <p>Indique día, mes y año</p> <p>Desde: _____</p> <p>Hasta: _____</p> <p>Total: _____</p> <p>Sueldo Mensual:</p> <p>Inicial: _____</p> <p>Final: _____</p> <p>Duración del empleo</p> <p>Indique día, mes y año</p> <p>Desde: _____</p> <p>Hasta: _____</p> <p>Total: _____</p> <p>Sueldo Mensual:</p> <p>Inicial: _____</p> <p>Final: _____</p>	
<p><b>TOTAL</b> _____</p> <p><b>PREPARACION ADICIONAL</b> _____</p> <p><b>PREFERENCIA DE VETERANO(A)</b> _____</p> <p><b>PREF. PERSONA INCAPACITADA</b> _____</p> <p><b>PREF. ASIST. ECON. GUB.</b> _____</p> <p><b>NOTA</b> _____</p> <p>Fecha _____ Analista _____</p> <p>Revisado Por: _____</p>		

**NO OLVIDE LLENAR EL SIGUIENTE ENCASILLADO, ASI COMO FIRMAR E INDICAR LA FECHA EN QUE RADICO ESTA SOLICITUD.**

<p><b>17. ¿HA SIDO CONVICTO DE ALGUN DELITO GRAVE (felony)?</b>    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>¿Ha sido Indultado?</b>    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>18. ¿HA SIDO DESTRUIDO DE ALGUN PUESTO PUBLICO?</b>    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si contesta en la afirmativa, indique:</b>    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>¿Ha sido habilitado por el Director de Personal?</b>    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

**19. DECLARO que la información que ofrecí en esta solicitud es correcta y verídica, que he expuesto la misma de buena fe sin desvirtuar los hechos ni cometer fraude. Autorizo a cualquier persona particular, cualquier Corporación, institución, Agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Autoridad Nombradora, representante autorizado o persona en quien se delegue cualquier información que requieran sobre mí persona, incluyendo aquella que se relacione con mi preparación académica o experiencia de trabajo que ellos estimen necesaria y pertinente. Tengo conocimiento de cualquier tergiversación de hechos u omisión de información, serán causa suficiente para que se me declare inelegible para ocupar puestos en este Departamento o se me destituya de mi puesto. Estoy consciente de que mi solicitud será evaluada con la información que indiqué a la fecha de la misma y que la calificación que obtendré no podrá ser enmendada por información que provea posteriormente.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma (No use letra de molde) \_\_\_\_\_

**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 una hoja adicional.

**14a. INFORMACION SOBRE LICENCIAS Y COLEGIACION**

**LICENCIAS:**

- a. Fecha en que obtuvo la primera licencia profesional.
- b. Fecha en que obtuvo la licencia permanente. Indique el número y la fecha de vencimiento.
- c. Fecha, si alguna, en que no conftada con ningún tipo de licencia. (De no poseer esta información puede obtenerla en la Junta Examinadora que corresponda a su profesión)

**REGISTRO:**

En las profesiones que corresponde, el (la) solicitante deberá someter evidencia de registro y recertificación vigente de Profesionales de la Salud.

**COLEGIACION:**

En las profesiones que corresponde, el (la) solicitante deberá someter evidencia de estar colegiado y estar al día en el pago de las cuotas.

**IMPORTANTE:**

*Esta información es esencial para acreditar la experiencia profesional. Las solicitudes de aquellos aspirantes que no la provean no podrán ser evaluadas.*

**Estado Libre Asociado de Puerto Rico**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales  
San Juan, PR 00936  
Apartado 70184

**NO ESCRIBA AQUI**

Nota del examen anterior: \_\_\_\_\_  
Fecha en que tomó el examen: \_\_\_\_\_  
Nota del examen actual: \_\_\_\_\_

Únase a máquina o con bolígrafo, en letra de molde. Lea cuidadosamente y asegúrese de que todos los apartados han sido debidamente llenados.

NOTA: Si es empleado gubernamental, use su nombre según aparece en sus documentos oficiales.

**1. NOMBRE:**

(Apellido Paterno) \_\_\_\_\_ (Apellido Materno) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_

**2. DIRECCION POSTAL:**

(Urbanización) \_\_\_\_\_  
(Calle y Número) \_\_\_\_\_ o (Apartado de Correo) \_\_\_\_\_  
(Pueblo) \_\_\_\_\_ (Zip Code) \_\_\_\_\_

**2a. Números de Teléfono:**

Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**7. ¿ Es actualmente empleado del Gobierno Estatal?**  Si  No   
Si lo es, indique su status como empleado marcando el encasillado apropiado:

a) Servicio de Carrera  Regular  Transitorio   
b) Servicio de Confianza

**8. ¿Has tomado este examen anteriormente?**  Si lo ha tomado, indique la fecha en que lo tomó por última vez: Si  No

**9. Número de Seguro Social: (Opcional)**  
(Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

**12. PUEBLOS DONDE ACEPTA EMPLEO (Especifique):**

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

**13. PREPARACION ACADÉMICA (Haga un círculo alrededor del grado más alto aprobado)**

<b>a. ESCUELA ELEMENTAL E INTERMEDIA</b>		<b>¿Se graduó? </b>		<b>b. ESCUELA SUPERIOR</b>		<b>Institución:</b>	
1	4	7	10	11	12	<b>Período (mes y año)</b>	
2	5	8	Si [ ] No [ ]		<b>Desde:</b>		<b>Desde:</b>
3	6	9			<b>Hasta:</b>		<b>Hasta:</b>
<b>c. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS</b>		<b>Institución:</b>		<b>Curso:</b>		<b>Materia</b>	
1	3	5	<b>Total de créditos aprobados:</b>		<b>Período (mes y año)</b>		<b>Institución:</b>
2	4				<b>Desde:</b>		<b>Grado recibido:</b>
<b>Período (mes y año)</b>		<b>Hasta:</b>		<b>¿Terminó? </b>		<b>Créditos aprobados:</b>	
<b>Desde:</b>		<b>Fecha del grado:</b>		Si [ ] No [ ]			
<b>Grado recibido:</b>		<b>Créditos en esa Concentración:</b>					
<b>e. OTROS CURSOS: </b> Especifique institución y duración (Día, Mes y Años)							

<b>14. (Vase apartado 14a al dorso)</b>	<b>Clase</b>	<b>Número</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Fecha de expiración</b>
<b>LICENCIAS</b>				
<b>COLEGIACION</b>				
<b>REGISTRO</b>				

**ACCION TOMADA:**  Aceptada  Devuelta  Denegada

Evaluado por: \_\_\_\_\_

**RAZONES:**

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

**15. Llene la información que se solicita en este volante. NO LO DESPRENDA.**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ (Apellido Paterno) \_\_\_\_\_ (Apellido Materno) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_

**DIRECCION POSTAL** \_\_\_\_\_

**TITULO DEL EXAMEN SOLICITADO**

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

Siénta el orgullo y la satisfacción de servir a su pueblo a la vez que disfruta de los siguientes beneficios:

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Oportunidades de Ascenso            | Beneficios de Retiro               |
| Vacaciones con Sueldo               | Oportunidades de Estudio           |
| Seguridad de Empleo                 | Licencia por Enfermedad            |
| Viajes Culturales                   | Préstamos para Hogares             |
| Premios por Mejoras Administrativas | Aportación para Servicios de Salud |
| Bono de Navidad                     |                                    |

**NO ESCRIBA AQUI**

Sin Especificar  No hay Convocatoria  Cerrada