

Certificado de Retenciones del Empleado

Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.
La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.

Paso 1: Anote Su Información Personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

CONSEJO: Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2: Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

Paso 5: Firme Aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		Fecha

Para Uso Exclusivo del Empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)		Otros Apellidos Utilizados (si alguno)			
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apartamento (si corresponde)		Ciudad o Pueblo		Estado Código Postal		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE. UU. <input type="text"/>		Dirección de Correo Electrónico del Empleado		Número de Teléfono del Empleado			
Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.		Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):							
		<input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos							
		<input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)							
		<input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS: <input type="text"/>							
<input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): <input type="text"/>									
Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:									
USCIS/Número A		OR		Formulario I-94 Número de Admisión		OR		Número de pasaporte extranjero y país de emisión	
Firma del Empleado					Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)				

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar [la certificación de preparador y/o traductor](#) en la página 4.



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 05/31/2027

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		o	Lista B		Y	List C			
Título del Documento 1									
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Título del Documento 2		Información Adicional <input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.							
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Título del Documento 3									
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.								Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):	
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado								Firma del Empleador o Representante Autorizado	
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal							

Para la reverificación o recontractación, complete elar [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.



Suplemento A, Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
Suplemento A
OMB No.1615-0047
Expire 05/31/2027

Apellido (Nombre de Familia) como en la Sección 1 .	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la Sección 1.
--	---	--

Instrucciones: Este suplemento debe ser completado por cualquier preparador y/o traductor que ayude a un empleado a completar la Sección 1 del Formulario I-9. El preparador y/o traductor debe ingresar el nombre del empleado en los espacios proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal



Suplemento B, Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No.1615-0047
Expires 05/31/2027

Apellido (<i>Nombre Familiar</i>) como en la Sección 1	Primer Nombre (<i>Nombre de pila</i>) como en la Sección 1	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---	---	---------------------------------------

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

	Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación) Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

	Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)		
Fecha de recontractación (si aplica)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación) Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

	Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)		
Fecha de recontractación (si aplica)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación) Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

Términos y condiciones

(Terms and Conditions)

Por la presente, declaro haber leído, comprendido y aceptado los siguientes puntos relacionados con mi vínculo laboral

I hereby declare that I have read, understood, and accepted the following points related to my employment relationship

☐ **Días de entrenamiento (Training days)**

De acuerdo con el cargo a desempeñar, contare con dos (2) días de entrenamiento, cada uno pago por un valor de sesenta y cinco dólares (\$65), para un total de ciento treinta dólares (\$130), monto que será cancelado al momento de haber cumplido un (1) mes trabajado en la propiedad asignada. (Los días de entrenamiento pueden variar según el área de desempeño).

In accordance with the position to be performed, I will have two (2) training days, each paid at a rate of sixty-five dollars (\$65), for a total of one hundred thirty dollars (\$130), which will be paid once I have completed one (1) working month at the assigned property. Training days may vary depending on performance.

☐ **Periodicidad del pago (Payment Frequency)**

El pago de nómina correspondiente a los servicios prestados por el Colaborador será realizado a semana vencida, lo que significa que el pago cubra los días efectivamente trabajados durante la semana anterior al cierre del período de pago.

The payroll payment for services rendered by the Employee will be made weekly in arrears, meaning the payment will cover the days worked during the previous week, ending on the property's payroll cutoff date.

☐ **Método de pago (Payment Method)**

Acepto que mi pago será realizado a través de la tarjeta Wisely.

I acknowledge that my paid will be paid through the Wisely card.

Términos y condiciones

(Terms and Conditions)

Pre Aviso (Notice of Resignation)

Tengo conocimiento que, en caso de renunciar a mi labor desempeñada, debo realizar un pre aviso con dos (2) semanas de anticipacion, en caso contrario sera tomado como abandono de trabajo y se retendra mi pago por un total de treinta (30) dias calendario.

I understand that if I resign from my position, I must provide a notice of two (2) weeks. Failure to do so will be considered job abandonment, and my salary will be withheld for a total of thirty (30) calendar days.

Confidencialidad (Confidentiality)

Debo mantener la Información Confidencial en estricta privacidad y no divulgarla a terceros sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía, del mismo (Esto comprende salarios, Clientes vinculados, documentacion).

I must maintain Confidential Information in strict confidence and must not disclose it to third parties without the prior written consent of the Company. This includes, but is not limited to, salary information, associated clients, and documentation.

Uniforme (Uniforms)

Tengo pleno conocimiento que, al momento de ser contratado, debo cumplir con el uniforme exigido por la Compañía, comprende ser pantalon negro, polo negra con el respectivo logo, zapatos negros comodoss y nametag con nombre).

I fully understand that upon being hired, I must comply with the uniform required by the Company, which includes black pants, a black polo shirt with the company logo, comfortable black shoes, and a name tag with my name.

Firma (Signature)

Nombre completo (Full Name)

Fecha (Date)

CERTIFICATE OF TRAINING

OF SEXUAL HARASSMENT & HUMAN TRAFFICKING

THIS CERTIFICATE IS PROUDLY PRESENTED TO



NOTARIZATION