



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
SECRETARÍA AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_  
**CATEGORÍA:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE PUESTO:** \_\_\_\_\_  
**ESCUELA:** \_\_\_\_\_ **TURNO:** \_\_\_\_\_ **RE:** \_\_\_\_\_  
**DISTRITO:** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS ADICIONALES A GESTIONAR POR EL EMPLEADO LOS MISMOS  
TIENE QUE SER ENTREGADOS EL DÍA DEL NOMBRAMIENTO OFICIAL**

**CERTIFICACIÓN DE ASUME (VALIDADO POR EL EMPLEADO)**

**CERTIFICADO ANTECEDENTES PENALES (VALIDADO POR EL EMPLEADO ) NO SE  
ACEPTARA LA BOLETA DE RECIBO**

**ORIGINAL Y COPIA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO VIGENTE**

**ORIGINAL Y COPIA TARJETA DE SEGURO SOCIAL**

**CERTIFICACIÓN DE RADICACIÓN DE PLANILLA DE 5 AÑOS**

**CERTIFICACIÓN DE DEUDA DE HACIENDA**

**LLENAR TODOS LOS DOCUMENTOS CON TINTA AZUL**

**TRAER ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (SOLO APLICA A LOS  
MAESTROS DE NUEVO INGRESO)**

**TRANSCRIPCIÓN DE CRÉDITO OFICIAL (SOLO APLICA A LOS MAESTROS DE NUEVO  
INGRESO O PARA ACTUALIZAR SU EXPEDIENTE) DEBE ENVIAR LA TRANSCRIPCIÓN A:**

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
OFIC. RECLUTAMIENTO DOCENTE  
P.O. BOX 190759  
SAN JUAN P.R. 00919-0759**

**DOPAJE:** \_\_\_\_\_ **OATRH:** \_\_\_\_\_



## EXÁMEN MÉDICO

**INSTRUCCIONES:** Llene este formulario a máquina o en letra de molde. El solicitante llenará los apartados 1 al 6 las partes A. (Historial Médico), B (Historial Familiar) y el apartado 43. Este último deberá llenarse en presencia del médico examinador. El médico examinador llenará las partes

1. Nombre del solicitante	2. Fecha de Nacimiento ____ Mes ____ Día ____ Año	3. Seguro Social ____ - ____ - ____
4. Agencia	5. Estado Civil Soltero(a) (____) Casado(a) (____)	6. Género Masculino (____) Femenino (____)

### A. HISTORIAL MÉDICO

7. Indique si ha padecido o padece de lo siguiente:	SI	NO		SI	NO
Difteria			Enfermedad de la vesícula biliar		
Fiebre			Alergias nasales		
Presión Arterial alta o baja			Hernia		
Enfermedades de los ojos			Apendicitis		
Enfermedades del estómago, hígado o intestinos			Enfermedades del corazón		
Catarro frecuentes o severos			Azúcar o albúmina en la orina		
Asma			Dolor de articulaciones		
Tuberculosis			Dolor de cabeza severo		
Enfermedades de la Tiroides			Enfermedades en los huesos, o deformidades		
Dolores en el pecho			Sordera		
Piedra en el riñón			Epilepsia		
Sangre en la orina			Sinusitis		
Mareos			Periodos de depresión		
Enfermedades en los oídos, nariz o garganta			Algunas enfermedades de los nervios		

8. Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades que haya padecido y operaciones sufridas.

### B. HISTORIAL FAMILIAR

Relación	Edad	Estado de Salud	Si murió, indique la causa	Edad al morir
Padre				
Madre				
Hermanas y hermanos				

**AL MÉDICO EXAMINADOR:** Antes de que esta persona sea nombrada al Servicio del gobierno Estatal tiene que reunir las normas de salud y condición física requerida para el puesto que solicita. Observe y examine esta persona y haga las anotaciones pertinentes en lo siguientes apartados

### C. EXÁMEN FÍSICO

12. Estatura, sin zapato: _____ pulgadas	Peso, con ropa: _____ libras
13. Ojos Sin cristales: ____/20 derecho ____/20 izquierdo	Con cristales: ____/20 derecho ____/20
14. Apreciación de Colores ¿ Es ésta normal cuando se usa la de colores ishihara? Si no, ¿ puede el solicitante pasar otra prueba comparable?	Sí (____) No (____) Sí (____) No (____)
15. Oídos Derecho _____ Izquierdo _____ 20 pies 20 pies	NOTA: Los denominadores indican lo normal, llene el numerador como la distancia máxima a que puede oír conversación ordinaria

EVIDENCIA DE ENFERMEDADES	SI	NO
16. Ojos		
17. Oídos		
18. Nariz, senos, etc.		
19. Cavidad bucal y garganta		
20. Cabeza y cuello		
21. Piel (describáanse cicatrices y tatuajes)		
22. Sistema gastro-intestinal		
23. Tiroide		
24. Pecho y pulmones		
25. Corazón		
26. Hemia		
27. Sistema genitourinario		
28. Venas varicosas		
29. Espalda y extremidades		
30. Sistema endocrino		
31. Cicatrices de traumatismo previo o enfermedades graves		
32. Condición de los pies		
33. Sistema neurológico		
34. Problema Psiquiátrico (Especifique cualquier desviación de personalidad)		
35. Otra anomalías o defectos		
36. Pulso: Regular _____ Irregular _____		
37. Presión arterial: (Mm. G.) Sistólica _____ Diastólica _____		
38. Radiografía del tórax		
39. Análisis de la orina: Gravedad Específica _____ Albúmina _____ Azúcar _____ Cilindros _____		
40. Enfermedades genito-infecciosas: Serología _____ Gonorrea _____ Otra: _____		
41. El solicitante puede desempeñar deberes que implican esfuerzo físico: Fuerte _____ Moderado _____ Ligero _____		
42. El medico examinador deberá revisar los apartados A y B al dorso de este formulario y elaborador o resumir en este espacio cualquier información de importancia en el Historial Médico. Use papel si fuera necesario.		

### CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información que he incluido en este formulario y la que he supido al médico examinador, es verdadera y complete. Autorizo a cualquier médico u hospital mencionados a suministrar información sobre mi expediente médico al Departamento de Educación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Igualmente autorizo a la agencia a someterme en cualquier momento a un Examen Médico con el médico que el Departamento de Educación seleccione.

\_\_\_\_\_  
(Nombre a máquina o en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma (Deberá ser firmado en presencia del médico)

43. El médico deberá llenar este apartado a máquina o en letra de molde.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico M.D.

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre Médico a máquina o en letra de molde)

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

44. Número de licencia: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_



## JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO O EMPLEO

Yo, \_\_\_\_\_, Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ de  
Nombre del Funcionario o empleado  
 \_\_\_\_\_ años de edad, \_\_\_\_\_ y vecino de \_\_\_\_\_ juro solemnemente que  
Estado Civil Pueblo  
 mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos de América y la Constitución y las Leyes el  
 Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo, interior o exterior: que prestaré fidelidad y adhe-  
 sión a las mismas; que asumo esta obligación libremente y sin reserva mental ni propósito de evadirla y que  
 desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo de \_\_\_\_\_  
 que estoy próximo a ejercer. Así me ayude Dios.

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

 \_\_\_\_\_  
 Firma del empleado o funcionario

Declaración de Autenticidad Núm. \_\_\_\_\_

Suscrito y juro ante mí por \_\_\_\_\_ de las  
 circunstancias personales antes expresadas y a quien he identificado mediante el siguiente documento:

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_  
 Firma, dirección y licencia del Notario Público





**AVISO DE POLÍTICA PÚBLICA**  
**SOBRE ÁREA DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS**

La Ley Federal "Drug-Free Work Place Act of 1988" requiere que toda agencia gubernamental que reciba fondos federales tenga establecida una política pública para mantener el área de trabajo libre de sustancias controladas. En cumplimiento de este requisito, el 22 de noviembre de 1989 establecimos la política pública del Departamento sobre el área de trabajo libre de drogas. A tenor con los requisitos federales de esta política pública, hacemos las siguientes advertencias a todo el personal del Departamento.

Está prohibido a todo empleado procesar, distribuir, vender, poseer y utilizar sustancias controladas en su área de trabajo y en cualquier lugar del Departamento. Todo funcionario que viole esta prohibición estará sujeto a que se le apliquen las Disposiciones Generales de Carácter Penal a tenor con la Ley Número 109 del 4 de junio de 1980, la Ley de Personal (Ley Número 5 del 14 de octubre de 1975), la Ley de Ética Gubernamental (Ley Número 230 del 23 de julio de 1974), el Reglamento de Personal del Departamento de Educación y toda ley y reglamentación que en el futuro se establezca relacionada con mantener el área de trabajo libre de drogas y prohibiciones relacionadas con sustancias controladas.

En cumplimiento de las disposiciones vigentes, todo empleado, como condición para retener su puesto, deberá:

1. Atenerse a los términos de esta advertencia y
2. Notificar a la Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos del Departamento de cualquier convicción por violación al estatuto de sustancias controladas surgida en el área de trabajo, no más tarde de cinco días después de la convicción.

El Departamento de Educación, en un periodo de 30 días a partir de recibir del empleado la notificación de la convicción, procederá a

1. Tomar la acción que corresponda contra el empleado, incluyendo destitución aún en casos de primera convicción o
2. Requerirle al empleado que participe efectivamente en un programa de rehabilitación que esté reconocido por el Gobierno Federal o el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Todo empleado tiene derecho a obtener copia de estas advertencias, evidenciado mediante firma que las ha recibido. Todo empleado del Departamento y todo el de nuevo nombramiento, deberá evidenciar haber recibido la copia de este documento firmado al calce del documento y entregándolo a su supervisor inmediato. Personal de nuevo nombramiento o contratación, entregará la copia firmada con sus documentos de nombramiento.

Recibido por: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

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

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
SECRETARIA AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS

División de Personal Clasificado y/o Docente

NOTA: DOCUMENTOS SOBRE LA ADMINISTRACIÓN  
PARA EL SUSTENTO DE MENORES

La Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1996, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores" requiere que todo solicitante de empleo indique si tiene alguna obligación alimentaria para menores.

¿Tiene usted alguna obligación alimentaria para menores?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De contestar en la afirmativa deberá incluir una Certificación de Cumplimiento de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME), o una declaración jurada bajo apercibimiento de perjurio o desacato, de que está cumpliendo con sus responsabilidades alimentarias a menores. De no presentar evidencia, su nombramiento no será procesado.

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Clasificación \_\_\_\_\_

Número de Puesto \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## CERTIFICADO DE EXENCIÓN PARA LA RETENCIÓN

**LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE LLENAR ESTE CERTIFICADO DE EXENCIÓN PARA LA RETENCIÓN.**

Llene y entregue este formulario a su patrono. De lo contrario, él estará obligado por el Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), a retener su contribución sobre ingresos sin tomar en consideración su exención personal, exención por dependientes y concesión por deducciones.

**CAMBIOS EN LA EXENCIÓN PERSONAL, EL NÚMERO DE DEPENDIENTES O LA CONCESIÓN POR DEDUCCIONES, REQUIEREN LA SUSTITUCIÓN DE ESTE CERTIFICADO.**

### PARA USO DEL EMPLEADO

Nombre del empleado	Número de seguro social del empleado
Nombre del cónyuge	Número de seguro social del cónyuge
Dirección residencial	Dirección postal

Marque aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas y rinden planilla conjunta. (Véanse instrucciones)

Marque aquí si se acoge a las disposiciones del *Military Spouses Residency Relief Act*. (Véanse instrucciones)

**Jóvenes cuya edad fluctúa entre los 16 y 26 años (Véanse instrucciones):**  
 Indique su fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ (Si opta por beneficiarse de la exención sobre los primeros \$40,000 por concepto de salarios y su ingreso bruto por dicho concepto no excede de \$40,000 durante el año, no complete el resto del formulario y pase a firmar el mismo. Por otro lado, si su ingreso bruto por concepto de salarios excede de \$40,000, complete el resto del formulario).

Marque aquí si opta porque su patrono **NO** considere la exención sobre los primeros \$40,000 por concepto de salarios, ya sea por haber elegido beneficiarse de dicha exención con otro patrono o porque desea que su patrono retenga contribución sobre sus salarios. Complete el resto del formulario.

A. EXENCIÓN PERSONAL	Completa (menor retención)	Mitad	Ninguna (mayor retención)
1. Contribuyente individual .....			
2. Persona casada .....			
3. Exención personal adicional para veteranos .....			

**B. EXENCIÓN POR DEPENDIENTES:** Número de Dependientes  **Exención Completa**  **Custodia Compartida**

### C. CONCESIÓN POR DEDUCCIONES

**1. CONCESION POR DEDUCCIONES (OPCIONAL):**

(a) Intereses hipotecarios .....	00
(b) Donativos .....	00
(c) Gastos médicos .....	00
(d) Intereses sobre préstamos estudiantiles a nivel universitario .....	00
(e) Aportaciones a sistemas gubernamentales de pensiones o retiro *(Véanse instrucciones) .....	00
(f) Aportaciones a cuentas de retiro individual .....	00
(g) Cuenta de aportación educativa .....	00
(h) Aportaciones a cuentas de ahorro de salud .....	00
(i) Pérdida de su residencia principal debido a causas fortuitas .....	00
(j) Pérdida de bienes muebles por ciertas causas fortuitas .....	00
(k) Total de deducciones .....	00

2. Número de concesiones basadas en las deducciones (Línea 1(k) entre \$500) .....

3. Concesiones que desea reclamar (Puede ser igual o menor a la línea 2) .....

\*Marque aquí si es empleado gubernamental que participa de un Sistema de Pensiones o Retiro (Véanse instrucciones)

### D. ELECCIÓN PARA RETENCIÓN ADICIONAL

Autorizo a mi patrono para que me retenga en cada período de nómina la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ % de mi salario, **además** de la contribución que se requiere deducir y retener de acuerdo con las disposiciones de la Sección 1062.01 del Código. (Véanse instrucciones)

### JURAMENTO

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado este formulario, y que según mi mejor criterio, la información que aparece en el mismo es cierta, correcta y completa. Certifico además, que la exención personal, la exención por dependientes y la concesión por deducciones que aquí reclamo, para fines de la retención de salarios, no exceden la cantidad que tengo derecho a reclamar en la planilla de contribución sobre ingresos, según dispone el Código.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INSTRUCCIONES

El Certificado de Exención para la Retención (Formulario 499 R-4) es el documento en el que el empleado informa al patrono su exención personal, exención por dependientes y la concesión por deducciones. Estos tres factores se toman en consideración para determinar la contribución sobre ingresos que se va a retener sobre su salario.

Provea en la parte superior su nombre, número de seguro social, dirección residencial y dirección postal. Si está casado, incluya el nombre y número de seguro social de su cónyuge, e indique si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas y rinden planilla conjunta (**cómputo opcional**), según dispuesto por la Sección 1021.03 del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código).

Bajo el *Military Spouses Residency Relief Act (MSRRS)*, si usted es el cónyuge de un miembro activo de servicio que fue trasladado bajo órdenes militares a una nueva estación militar en alguno de los estados, posesiones o territorios de Estados Unidos o el Distrito de Columbia, puede mantener su residencia o domicilio original para propósitos de tributación. Indique si se acoge a esta opción de forma que el patrono no esté obligado a retener contribución sobre ingresos para propósitos de Puerto Rico. No obstante, usted puede estar sujeto al pago de contribución eslimada federal o del estado, posesión o territorio para el cual eligió mantener su residencia o el patrono podrá realizar retención federal, local o estatal, según aplique.

Si es un joven residente de Puerto Rico cuya edad fluctúa entre los 16 y 26 años al finalizar el año contributivo, tiene derecho a una exención sobre los primeros \$40,000 de ingreso bruto generado por concepto de salarios. Para acogerse a esta exención, indique su fecha de nacimiento. Si su salario anual es mayor de \$40,000, el exceso de los primeros \$40,000 tributará como ingreso ordinario, en la medida en que esta cantidad sea mayor a la exención para la retención a la que tenga derecho.

Es importante señalar, que si el joven posee más de un empleo, el límite de \$40,000 aplicará sobre el agregado de los salarios. Es decir, sobre la suma de todos sus salarios aunque provengan de más de un patrono.

Debido a que la exención no puede aplicarse sobre una cantidad mayor de \$40,000, deberá notificar al patrono (o patronos) que usted elija, para que no le considere la exención por haber optado beneficiarse de la misma con otro patrono. Además, podrá elegir no beneficiarse de esta exención y optar para que su patrono retenga contribución sobre sus salarios.

### PARTE A - EXENCIÓN PERSONAL

Indique con una "X" su opción con respecto a la exención personal que su patrono deberá considerar al determinar la cantidad de contribución sobre ingresos que habrá de retenerle.

**Línea 1** – Un contribuyente individual (persona soltera, casada que otorgó capitulaciones pre-matrimoniales con total separación de bienes o casada separada de su cónyuge) puede considerar o no su exención personal para el cómputo de la retención. Si desea que se tome en consideración su exención personal, haga una marca en la columna titulada "Completa". De otro modo, deberá hacer una marca en la columna titulada "Ninguna". Un contribuyente individual no puede escoger considerar la "Mitad" de su exención personal.

**Línea 2** – Un matrimonio tiene derecho a una sola exención personal, lo que impide que ambos cónyuges puedan considerar a la vez la totalidad de la misma. Si usted es una persona casada y ambos cónyuges reciben salarios sujetos a retención, entonces deberán ponerse de acuerdo sobre la manera en que considerarán su exención personal y harán una marca en la columna correspondiente. Si determinan que uno de los cónyuges considerará la exención personal completa, éste hará una marca en la columna titulada "Completa". En tal caso, el otro cónyuge deberá hacer la marca en la columna titulada "Ninguna". Si usted ha convenido con su cónyuge en distribuirse la exención personal por partes iguales, indíquelo haciendo una marca en la columna titulada "Mitad". Si no desea considerar la exención personal, haga la marca en la columna titulada "Ninguna".

Si es casado y se acoge al **cómputo opcional**, la exención personal se considerará a razón de 50% para cada cónyuge. Por lo tanto, cada cónyuge puede escoger que se considere la exención personal completa o ninguna en relación a este 50%.

**Línea 3** – Todo veterano tiene derecho a que se considere una exención personal adicional. El veterano podrá considerar su exención personal adicional completa o no considerar la misma.

### PARTE B - EXENCIÓN POR DEPENDIENTES

Indique el número de personas dependientes que se considerarán para el cómputo de la retención. Estos deben ser los mismos que podrá reclamar como dependientes en su planilla de contribución sobre ingresos. Indique, de forma separada en el encasillado correspondiente, los hijos para los cuales tiene derecho a custodia compartida y no ha cedido la exención. En estos casos, sólo se considerará el 50% de la exención.

Si usted es un empleado que se acoge al **cómputo opcional**, su exención por dependientes será el 50% del monto total provisto por la Sección 1033.18(b) del Código, ya que en estos casos cada cónyuge tendrá derecho a considerar sólo la mitad de la exención por dependientes, conforme lo establece la Sección 1021.03 del Código.

El Código dispone que todo patrono que reciba de cualquier empleado un certificado de exención en el cual el número de dependientes exceda de 8, deberá someter al Secretario de Hacienda una copia de este certificado, así como una copia de cualquier declaración escrita recibida del empleado para sustentar la información contenida en el certificado.

### PARTE C - CONCESIÓN POR DEDUCCIONES

Usted tiene derecho a ciertas concesiones basadas en deducciones, las cuales su patrono debe tomar en consideración al determinar la cantidad de contribución sobre ingresos que habrá de retenerle.

**Línea 1** - Usted tiene la opción de que se consideren en el cómputo de la retención, las deducciones que podrá reclamar en su planilla de contribución sobre ingresos. Estas reducirán la cantidad de contribución que el patrono le retendrá de sus salarios. Si no desea que las mismas se consideren en el cómputo, no complete esta línea.

Anote en las líneas 1(a) a la 1(j), la cantidad de estas deducciones que estime tendrá derecho a reclamar en su planilla. Las mismas están sujetas a los límites y requisitos provistos en la Sección 1033.15 del Código.

Si es casado y se acoge al **cómputo opcional**, determinará el número de concesiones distribuyendo las deducciones entre ambos cónyuges. En el caso de intereses hipotecarios, donativos, gastos médicos y las pérdidas de su residencia principal y de bienes muebles debido a ciertas causas fortuitas, incluya el 50% de cada deducción. En el caso de aportaciones a sistemas gubernamentales de pensiones o retiro, Cuentas de Retiro Individual, Cuentas de Aportación Educativa, Cuentas de Ahorro de Salud e intereses sobre préstamos estudiantiles, incluya la cantidad que le corresponde individualmente.

**Línea 1(e)** – Si usted es empleado gubernamental, deberá considerar las aportaciones efectuadas a su sistema de pensiones o retiro. Dicha cantidad será el 10% de su salario anual o la cantidad establecida por el sistema al que aporta. Indique con una "X" en el recuadro al final de esta Parte C, si es un empleado gubernamental que participa de un sistema de pensiones o retiro. Si usted trabaja para una agencia cuya nómina es procesada por el Departamento de Hacienda, no considere sus aportaciones al sistema de pensiones o retiro en esta línea. Esta deducción se considerará automáticamente en el cómputo de la retención.

**Línea 2** - Divida el total de la línea 1(k) entre \$500. Cualquier fracción resultante de la división anterior en exceso de 50%, será tratada como una concesión adicional.

**Línea 3** - De la cantidad determinada en la línea 2, indique las concesiones que desea reclamar. Si rinde como contribuyente casado y no se acoge al cómputo opcional, usted y su cónyuge tienen derecho a dividirse las concesiones totales según lo deseen, pero a base de concesiones completas. Sin embargo, cualquier concesión considerada por uno de los cónyuges no puede ser considerada por el otro.

### PARTE D - ELECCIÓN PARA RETENCIÓN ADICIONAL

Cualquier empleado puede optar para que su patrono retenga una cantidad adicional a la requerida bajo la Sección 1062.01(e) del Código. Bajo ningún concepto, esta opción será admitida por una cantidad menor a la contribución determinada de acuerdo a las tablas de retención que en armonía con los tipos contributivos fijados por el Código apruebe el Secretario.

### JURAMENTO

Usted declara bajo penalidad de perjurio que ha examinado este formulario, y que según su mejor criterio, la información que aparece en el mismo es cierta, correcta y completa.

### FIRMA

Todo empleado que complete este formulario debe firmar el mismo e indicar la fecha.

### PENALIDADES

Cualquier empleado obligado a suministrar a su patrono un certificado de exención para la retención, que voluntariamente suministre información falsa o fraudulenta, o que voluntariamente deje de suministrar información que requeriría un aumento en la contribución a ser retenida, incurrirá en delito menos grave conforme a lo dispuesto en la Sección 6041.08 del Código.

En el caso de empleados que elijan considerar la concesión por deducciones provista en la Sección 1062.01(c)(2)(A)(ii) del Código, además de la penalidad criminal antes señalada, si el 70% de la contribución atribuible a ingresos provenientes de salarios sujetos a retención excede la contribución retenida en el origen sobre dicho ingreso, se adicionará a la contribución la menor de: (1) una cantidad igual a tal exceso, o (2) una cantidad igual al 18% del total por el cual tal contribución así determinada exceda la contribución retenida.

### INSTRUCCIONES AL PATRONO

El patrono considerará la información provista por el empleado en este Certificado de Exención con respecto a su exención personal, exención por dependientes y concesión por deducciones para efectuar la retención de acuerdo al Manual para Patronos sobre Retención en el Origen de la Contribución sobre Ingresos en el Caso de Salarios (Manual de Retención) del año contributivo correspondiente.

Si el empleado se acoge a las disposiciones de MSRRRA, no se realizará retención en el origen sobre los salarios para propósitos de Puerto Rico. No obstante, podría estar sujeto a retener impuestos federales según disponga el *Internal Revenue Service*.

Si el número de dependientes excede de 8, someta copia de este Certificado al Negociado de Auditoría Fiscal, así como copia de cualquier declaración escrita recibida del empleado para sustentar la información contenida en el certificado.

**Empleado cuya edad fluctúa entre los 16 y 26 años:** Para que el empleado pueda beneficiarse de la exención sobre los primeros \$40,000 generados por concepto de salarios, éste deberá completar la información requerida en el encabezamiento y proveer su fecha de nacimiento. Si su salario anual es igual o menor de \$40,000, no completará el resto del formulario y procederá a firmarlo. Si el salario anual es por una cantidad mayor, el exceso de los primeros \$40,000 sobre la cantidad de la exención para la retención (Apéndice 1 del Manual de Retención) estará sujeto a retención en el origen, según corresponda. Para ello, el empleado deberá completar el resto del formulario.

El empleado puede optar por que su patrono NO considere esta exención, ya sea por haber elegido beneficiarse de la misma con otro patrono o porque desea que su patrono retenga contribución sobre sus salarios. En tal caso, además de hacer la marca el encasillado correspondiente, completará las Partes A a la D, según aplique.





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

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 No. OMB 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

► **EMPIECE AQUÍ:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

**AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION:** Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

**Sección 1. Información del Empleado y Declaración** *(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 Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado ▼
Código Postal		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE.UU.	Dirección de correo electrónico del empleado	
Número de Teléfono del Empleado						

**Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.**

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):**

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos <i>(Vea las instrucciones)</i>
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. <i>(Vea las instrucciones)</i> <i>Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero</i> 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____ ▼
Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

**Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):**

No utilicé un preparador o traductor     Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1  
*(Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)*

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado ▼
		Código Postal	





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

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 No. OMB 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

**Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado**

*(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)*

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		Información Adicional		Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

**Certificación:** Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ (Vea las instrucciones para excepciones)

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre 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
		Código Postal

**Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones (Para ser completado y firmado por el empleador o representante).**

<b>A. Nuevo nombre (si aplica)</b>			<b>B. Fecha de recontratación (si aplica)</b>	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

**C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.**

Título del Documento	Número de Documento	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 los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

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

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

**Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)**

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A  
o una combinación de una selección de la Lista B y uno de selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.</li> <li>2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)</li> <li>3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina</li> <li>4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)</li> <li>5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasaporte extranjero; y</li> <li>b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la siguiente:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) El mismo nombre en el pasaporte y</li> <li>(2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el FSM o RMI</li> </ol>	O	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía</li> <li>4. Tarjeta de Registro de Votante</li> <li>5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección</li> <li>6. Tarjeta de identificación de dependiente militar</li> <li>7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU.</li> <li>8. Documento tribal nativo americano</li> <li>9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense</li> <li style="text-align: center;"><b>Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:</b></li> <li>10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones</li> <li>11. Registro clínico, médico o de hospital</li> <li>12. Registro guardería o escuela infantil</li> </ol>	Y	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO</li> <li>(2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS</li> <li>(3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.</li> </ol> </li> <li>2. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).</li> <li>3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial.</li> <li>4. Documento tribal nativo americano</li> <li>5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)</li> <li>6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)</li> <li>7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional</li> </ol>

**Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen del Manual para Empleadores (M-274).**

**Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.**



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

ANEJO II

NOTIFICACIÓN A EMPLEADOS TRANSITORIOS
(MAESTROS TRANSITORIOS ELEGIBLES O TRANSITORIOS PROVISIONALES)

Nombre del Maestro Seguro Social

ORE Municipio Escuela

Categoría Número de puesto

Duración del Nombramiento:

Desde hasta o antes.

CONDICION DE EMPLEO EN PUESTOS TRANSITORIOS

El nombramiento que se ha extendido está sujeto a las disposiciones reglamentarias que rigen el reclutamiento y selección de maestros.

Los candidatos que participen en un proceso de entrevista y sean seleccionados como maestros con estatus transitorio serán considerados solamente para un (1) nombramiento transitorio durante ese año escolar. Si no cumplen con esta condición de empleo, no serán elegibles para otros nombramientos transitorios hasta el próximo año escolar. Esta disposición no aplicara a los nombramientos de corta duración.

La duración de un nombramiento con estatus transitorio en un puesto que tiene un incumbente en propiedad está condicionada a la fecha de la reinstalación del incumbente.

Certifico que he leído esta condición de empleo y que acepto los términos y condiciones del puesto.

Firma del (de la) Maestro (a)

Superintendente Regional

Fecha





## Estado Libre Asociado de Puerto Rico

\_\_\_\_\_  
Agencia

\_\_\_\_\_  
Dirección

### AUTORIZACIÓN DE PAGO DE NÓMINA

Certifico que el funcionario de la Oficina de Personal me orientó sobre la Ley Núm. 74 de 1 de julio de 1995 y la Ley Núm. 268 de 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.

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 antes de anticipación a la fecha de efectividad.

Nombre del Empleado	Número de Seguro Social
Nombre de la Institución Financiera	Sucursal
Número de Cuenta Bancaria	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Otro: _____
Firma del Depositante	Fecha

#### PARA USO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Fecha en que comenzará en su puesto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Director de Personal  
o su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CERTIFICACIÓN

Certificación de haber recibido y leído los siguientes:

- Carta Circular Núm. 7-2006-2007, “Política Pública en Torno al Hostigamiento Sexual en las Instituciones de Enseñanza”.
- Certificación de la Carta Circular Núm. 12-20015-2016, “Normas y Políticas sobre la Adquisición y Desarrollo de Sistemas, Equipo Tecnológico y el Uso de la Tecnología Informática en el Departamento de Educación”.
- Certificación de Hoja de Deberes de Todo Servidor Público (Artículo 6. Reglamento de Ética Gubernamental).

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha