



Estimado Aplicante:

Muchas gracias por su interés Elkhorn Holdings, una división de Wood Group PSN. Adjunto encontrará los formularios necesarios que debe completar **y traer con usted a la oficina el primer día de su contratación**. No se le permitirá comenzar a trabajar sin que haya completado estos formularios antes de su fecha para comenzar a trabajar.

Por otra parte, por favor haga clic sobre el enlace (http://elkhornconstruction.com/elkdocs/HiringPacket/New%20Hire_Policies_Handbooks_sp.pdf) para leer las políticas correspondientes de WGPSN antes de su fecha de inicio, y complete todos los Formularios de Reconocimiento, y tráigalos con usted en su primer día de contratación.

EE.UU. – Solicitud de Empleo



Wood Group PSN, Inc. ("la Compañía") es un empleador de igualdad de oportunidades. La Compañía no discrimina en la contratación en base a la raza, religión, color, género, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, o discapacidad de la persona. La Ley sobre Discriminación en el Empleo de 1967 prohíbe la discriminación en base a edad contra personas de 40 años de edad o más. En caso que usted se haga empleado de la Compañía, esta solicitud de empleo formará parte de su expediente permanente. Puede usar hojas adicionales en caso necesario. Favor no incluir cualquier información sobre raza, religión, color, género, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, o discapacidad.

Esta solicitud será considerada únicamente para el puesto o puestos específicos para los cuales usted está aplicando, y se conservará por un periodo de un (1) año.

DATOS PERSONALES				
Nombre Completo (Nombres, Iniciales, y Apellidos):				
Dirección:				
Ciudad:		Estado:		Código Zip:
Dirección Email:		Seguro Social:		
Teléfono Domicilio:		Teléfono Alternativo:		

DATOS SOBRE PUESTO				
Solicitud para puesto(s):		Rango Aceptable de Sueldo/Salario:		Fecha Disponible:
Referido por nombre:		Referido por Posición/Compañía:		
Yo previamente:	<input type="checkbox"/> Solicité empleo y/o <input type="checkbox"/> Fui empleado por una Compañía Wood Group			
Esta aplicando para:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Temporal			
¿Esta dispuesto a trabajar días y/o noches según se requiera o asigne?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Esta dispuesto a trabajar horas extra, según se asigne?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Esta dispuesto a viajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Esta dispuesto a mudarse a otra localidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Puede trabajar:	<input type="checkbox"/> 7&7 <input type="checkbox"/> 14&14 <input type="checkbox"/> 28&28		Años de experiencia offshore:	
¿Tiene parientes que trabajan para Wood Group?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En caso afirmativo, quiénes y en qué departamento?		

EDUCACIÓN				
Toda educación está sujeta a verificación y/o confirmación				
Tipo de Educación	Nombre y Dirección del Centro Educativo	No. Años Completados	¿Recibió Título?	Concentración/ Título
Colegio (High School)				
Universidad				
Escuela Comercial o Vocacional				
Colegio Profesional				

DESTREZAS PARA OPERACIONES Y MANTENIMIENTO

Favor marcar todos los que sean de aplicación

<input type="checkbox"/> Producción Petrolera	Años de Exp:	<input type="checkbox"/> MMS Regs/Trámites	<input type="checkbox"/> I&E:	<input type="checkbox"/> Mecánico:
<input type="checkbox"/> Producción Gas Natural	Años de Exp:	<input type="checkbox"/> Guardacostas Regs/Trámites	<input type="checkbox"/> Detección de gas	<input type="checkbox"/> Motores
<input type="checkbox"/> PLC		<input type="checkbox"/> Sabe usar computadoras	<input type="checkbox"/> NAV-AIDS	<input type="checkbox"/> Compresores
<input type="checkbox"/> Muelle Gas	No. Inspecciones MMS:	<input type="checkbox"/> Cuadros de Medidores	<input type="checkbox"/> Generadores elec.	<input type="checkbox"/> Bombas
<input type="checkbox"/> OSHA Regs/Trámites		<input type="checkbox"/> Reportes	<input type="checkbox"/> SCADA	<input type="checkbox"/> Grúas
			<input type="checkbox"/> A/C	<input type="checkbox"/> Generadores

CERTIFICACIONES Y CAPACITACIONES

Favor marcar todas sus capacidades e indique la fecha de expiración

<input type="checkbox"/> T-2	<input type="checkbox"/> Grúa	<input type="checkbox"/> Supervivencia acuática	<input type="checkbox"/> Incendio Incipiente	<input type="checkbox"/> PEC
<input type="checkbox"/> Montacargas	<input type="checkbox"/> Instalador (Rigger)	<input type="checkbox"/> CPR/Primeros Auxilios	<input type="checkbox"/> Seguridad botes	<input type="checkbox"/> H2S
<input type="checkbox"/> Subparte O	<input type="checkbox"/> HUET	<input type="checkbox"/> HAZWOPPER I	<input type="checkbox"/> HAZWOPPER III	
<input type="checkbox"/> Preservación Auditiva	<input type="checkbox"/> Estrés Térmico	<input type="checkbox"/> Espacios confinados	<input type="checkbox"/> Aseo	
<input type="checkbox"/> Concientización Basura/Escombros Marinos	<input type="checkbox"/> Protección Respiratoria		<input type="checkbox"/> Respuesta HAZMAT	
<input type="checkbox"/> Transporte HAZMAT	<input type="checkbox"/> Patógenos Sanguíneos		<input type="checkbox"/> PPE	
<input type="checkbox"/> Conciencia Asbestos	<input type="checkbox"/> Seguridad Espalda/Columna		<input type="checkbox"/> Seguridad Eléctrica	
<input type="checkbox"/> Protección contra caídas	<input type="checkbox"/> LO/TO		<input type="checkbox"/> HAZCOMM	

HISTORIAL DE EMPLEO

Favor incluya toda su experiencia laboral durante los últimos diez años, comenzando por su puesto más reciente.

En caso que haya cualquier fecha de desempleo, favor aportar fechas. Favor adjuntar su Currículo con la Solicitud

Empleador (actual):	Dirección	Fechas de Empleo:	Desde: (Mes/Año)	Hasta: (Mes/Año)
Título de Puesto	Paga base \$ _____ por _____		Promedio Horas Trabajadas por Semana	
Nombre de Supervisor, Título, Número Teléfono			Razón por irse	
Resumen de Deberes (favor especificar):				
¿Nos podemos comunicar con su empleador previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Empleador	Dirección	Fechas de Empleo:	Desde: (Mes/Año)	Hasta: (Mes/Año)
Título de Puesto	Paga base \$ _____ por _____		Promedio Horas Trabajadas por Semana	
Nombre de Supervisor, Título, Número Teléfono			Razón por irse	
Resumen de Deberes (favor especificar):				
¿Nos podemos comunicar con su empleador previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

EE.UU. – Solicitud de Empleo



Empleador	Dirección	Fechas de Empleo:	Desde: (Mes/Año)	Hasta: (Mes/Año)
Título de Puesto	Paga base \$ _____ por _____		Promedio Horas Trabajadas por Semana	
Nombre de Supervisor, Título, Número Teléfono			Razón por irse	
Resumen de Deberes (favor especificar):				
¿Nos podemos comunicar con su empleador previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

REFERENCIAS		
Favor no indicar parientes o empleadores previos como referencias		
Nombre	Título o Puesto	Número Teléfono (con código de área)
Nombre	Título o Puesto	Número Teléfono (con código de área)
Nombre	Título o Puesto	Número Teléfono (con código de área)

RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS

Favor tener presente que cualquier información falsa o engañosa que se entrega en esta solicitud (o las páginas y los currículos adjuntos) o en cualquier entrevista pre-empleo, podrá resultar en la terminación del empleo en caso de ser descubierta.

¡Favor leer lo siguiente cuidadosamente!

- Tengo por lo menos 18 años de edad. En caso de ser menor de 18 años de edad, puedo entregar prueba de mi elegibilidad para trabajar.
 Sí No
- La Política de la Compañía exige que empleados potenciales pasen una prueba de drogas/alcohol pre-oferta, y asimismo que participen en un programa aleatorio de drogas/alcohol en caso de ser empleados. Acepto.
 Sí No
- La Política de la Compañía puede requerir compleción exitosa de una prueba de movilidad laboral post-oferta (o de oferta condicionada). Acepto.
 Sí No
- Una convicción penal no descalifica un solicitante automáticamente de empleo con la Compañía. ¿Usted en cualquier momento ha sido declarado culpable de cualquier crimen, y que no fue suprimido o sellado por un tribunal? En caso afirmativo, favor explicar.
 Sí No

- Tengo entendido que se me exigirá presentar prueba de mi derecho legal a trabajar en los Estados Unidos en caso de ser seleccionado y aceptado para empleo.

EE.UU. – Solicitud de Empleo



Sí No

6. Autorizo a la Compañía a obtener información pública sobre mi persona en conexión con mi solicitud de empleo. Tengo entendido, acepto y tomo nota de que la Compañía podrá usar información pública para evaluar mi solicitud de empleo, y en caso de ser contratado, para continuar mi empleo con la Compañía. La Compañía me proveerá información adicional con respecto a la naturaleza y alcance de reportes que solicite, en conformidad con lo requerido por la Ley sobre Reportaje Justo sobre Crédito [Fair Credit Reporting Act].
 Sí No
7. Tengo entendido y acepto que toda y/o cualesquier información incluida en esta solicitud (o en cualquier pagina o curricular adjunto) estará sujeta a verificación. Mi firma a continuación autoriza empleadores previos, otras referencias indicadas, agencias, y órganos de certificación a divulgar información a la Compañía relacionada con mi empleo, mis credenciales, y capacidades. Por otra parte, acuerdo en sacar en paz y a salvo a toda y cualesquier persona, compañía, agencia, y centro educativo que aporte información sobre hechos y/o documentación relacionada con esta solicitud de empleo.
 Sí No
8. Reconozco y entiendo que nada de lo que consta en esta solicitud o el otorgamiento de una entrevista tiene el propósito de crear un contrato de empleo entre mi persona y la Compañía, y que ningún gerente o representante de la Compañía, aparte del Presidente, está habilitado para celebrar cualquier contrato de empleo por cualquier plazo temporal especificado. En caso de establecer una relación de empleo, como condición de empleo acuerdo en conformar con todas las reglas, reglamentos, y políticas de la Compañía, y tengo entendido que mi empleo y remuneración podrán ser terminados con justificación o sin ella, con aviso o sin aviso, en cualquier momento, a la opción de la Compañía o la mía.
 Sí No

FAVOR LEER EL PÁRRAFO A CONTINUACIÓN DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD

Reconozco que la información que he aportado es correcta, conforme a mi leal entendimiento y criterio, y tengo entendido que la falsificación de esta información podrá ser causa de acción disciplinaria, incluyendo la retracción de cualquier oferta de empleo, o de despido en caso de haber sido contratado. Tengo entendido que no me haré empleado de la Compañía, ni de cualquier de sus subsidiarias, sino hasta que haya firmado un contrato de empleo con la aprobación definitiva de la Compañía. Tengo entendido que mi empleo no será por cualquier plazo definido, y que podrá ser terminado en cualquier momento por mi, o por la Compañía, independientemente de las políticas o prácticas adoptadas por la Compañía. Únicamente el Presidente de la Compañía está habilitado para celebrar cualquier tipo de contrato de empleo vinculante, y este deberá ser por escrito y estar debidamente firmado por cada parte. Tengo entendido que la Compañía no divulgará indebidamente la información generada durante del proceso de esta solicitud a personas ajenas la Compañía sin mi consentimiento. Por otra parte, acuerdo que cualquier controversia durante, o después, de mi empleo con la Compañía será resuelta en el lugar escogido por medio del Proceso de Resolución de Disputas publicado.

FIRMA

Mi firma a continuación ratifica mi entendimiento y reconocimiento de, y mi acuerdo con, los términos y condiciones que constan en esta solicitud. Por otra parte, doy constancia de la validez y exactitud de la información que he aportado en este proceso.

Firma del Aplicante

Fecha Firmada

Uso por RR.HH. Únicamente

Documentos Recibidos:

Currículo Verificación de Referencias Consentimiento Investigación de Antecedentes Consentimiento Investigación de Antecedentes DOT (en caso de ser aplicable)

Fecha de Contratación:

Wood Group	Hiring Package
Title: Benefits Notification	Effective Date: 01/01/2017

Benefit Notification:

Wood Group has medical, life, dental and vision benefits available to employees beginning the 1st of the month following 60 days of full time service. The company also offers a 401(k) plan that is available to employees upon hire.

Please visit usbenefits.woodgroup.net or call 1-844-260-3602 for more information on Health Benefits and www.empower-retirement.com/participant or call 1-888-411-4015 for information on the Retirement Benefit Plan.

Wood Group will be sending Benefit information to your home address.

PLEASE BE ADVISED YOU MUST LOG ON AND ENROLL FOR HEALTH AND WELFARE BENEFITS WITHIN 31 DAYS OF HIRE.

I understand that it is my responsibility to sign up for Health Benefits within 31 days from hire. I also understand that these Benefits will begin the 1st of the month following 60 days of full time service. If I do not elect to enroll within 31 days I understand that I am waiving my right to participate in the benefit plan until the next eligibility period/open enrollment.

Print Employee Name

Signature

Date

Notificación de Beneficios:

Wood Group tiene médicos, vida, dental y beneficios de visión disponibles para empleados comenzando el día 1 del mes tras 60 días de servicio de tiempo completo. La compañía también ofrece un plan 401 (k) que está disponible para empleados en alquiler.

Por favor visite usbenefits.woodgroup.net o llamar 1-844-260-3602 para obtener más información en cuanto a sus opciones de cobertura y www.empower-retirement.com/participant o llama 1-888-411-4015 para obtener información sobre el plan de beneficios de jubilación/retiro. Wood Group enviara información detallada sobre Beneficios a la dirección de su residencia.

Le advertimos que debe iniciar la sesión e inscribirse para beneficios de salud y el bienestar dentro de los 31 días de alquiler.

Entiendo que es mi responsabilidad el solicitar beneficios para la salud dentro de los 31 días del alquiler. También entiendo que estos beneficios iniciarán el día 1 del mes siguiente a 60 días de servicio de tiempo completo. Si no decide de inscribirse dentro de 31 días entiendo que estoy renunciando a mi derecho a participar en el plan de beneficios hasta la siguiente inscripción período abierto de elegibilidad.

Escribe el Nombre de Empleado

Firma de Empleado

Fecha

Wood Group	Hiring Package
Title: Benefits Notification	Effective Date: 01/01/2017

EMPLOYEE KEEP THIS PAGE

Health & Welfare Benefits contact:

usbenefits.woodgroup.net

844-260-3602

Retirement Savings Plan contact:

www.empower-retirement.com/participant

888-411-4015

**Elkhorn Construction, Inc.
An Equal Opportunity Employer**

It is the policy of this organization to provide equal employment opportunity to all qualified applicants for employment without regard to race, color, religion, national origin, sex, age, veteran status or disability. Various agencies of the government require employers to invite applicants to identify themselves as indicated below.

COMPLETION OF THIS FORM IS VOLUNTARY AND IN NO WAY AFFECTS THE DECISION REGARDING YOUR APPLICATION FOR EMPLOYMENT. THIS FORM IS CONFIDENTIAL AND WILL BE MAINTAINED SEPARATELY FROM YOUR APPLICATION FORM.

PLEASE PRINT

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)

DATE

POSITION APPLIED FOR (LIST ONLY ONE)

DECLINE TO ANSWER THIS SECTION

WHAT IS YOUR RACE/ETHNIC ORIGIN?

WHAT IS YOUR SEX?

WHITE

MALE

HISPANIC

FEMALE

AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE

BLACK

ASIAN/PACIFIC ISLANDER

DECLINE TO ANSWER THIS SECTION

ARE YOU A VIETNAM ERA VETERAN?

YES

NO

A person who served on active duty for a period of more than 180 days, any part of which occurred between 8/5/64 and 5/7/75, and was discharged or released there from with other than a dishonorable discharge or for a service connected disability.

ARE YOU A DISABLED VETERAN?

YES

NO

A person entitled to disability compensation under laws administered by the Veterans Administration for disability rated at 30% or more, or a person whose discharge or release from active duty as a result of a disability which was incurred or aggravated in the line of duty.

DO YOU HAVE A MENTAL OR PHYSICAL DISABILITY?

YES

NO

A person who has a mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities, who has a record of such impairment, or who is regarded as having such an impairment.

**Autorización del Aplicante
para Divulgar Resultados de Prueba DOT de Drogas/Alcohol**

A ser completado por el Aplicante

Yo, _____, en mi capacidad de Aplicante, tengo entendido que como condición para la contratación por **Elkhorn Holdings, Inc.**, debo consentir a la divulgación de los resultados de toda prueba de drogas y/o alcohol requerida por el Departamento de Transporte de los Estados Unidos [DOT] – incluyendo denegaciones de someterse a prueba – hecha por toda compañía para la cual he trabajado en un puesto sensible a seguridad conforme a DOT, o para el cual tome una prueba de drogas DOT previo a mi empleo durante los últimos tres (3) años.

A continuación presento una relación de compañías actuales y/o anteriores para los cuales he trabajado, o fui sometido a prueba previo a mi empleo, durante los últimos tres (3) años. Mediante la presente autorizo a la compañía indicada a continuación a que entregue a **Elkhorn Holdings, Inc.**, la siguiente información con respecto a mis pruebas DOT de drogas y alcohol: (1) toda prueba DOT de alcohol con resultados de 0.04 ó superior; (2) todo resultado de prueba DOT positivo para drogas; (3) toda instancia en la cual me rehusé a someter a cualquier prueba DOT de drogas y/o prueba de alcohol DOT (denegaciones incluyen pruebas adulteradas y/o sustituidas); (4) cualquier otra violación de reglamentos de pruebas DOT de drogas y alcohol; y (5) y documentación respecto a cualquier compleción exitosa de requerimientos DOT para retorno al trabajo, incluyendo pruebas de seguimiento, en consecuencia de violaciones de los reglamentos sobre drogas y alcohol del DOT.

Este formulario debe ser completado por el empleador. Se aportaran formularios adicionales en caso de ser necesario.

Nombre de Empleador	Ciudad y Estado	Teléfono Comercial (+ código de área)	Fechas de Empleo Mes/Año
			De: A:

Certificación por el Aplicante: He leído y cabalmente entendido esta autorización para divulgar mis resultados anteriores de pruebas de drogas y alcohol, así como cualquier registro de prueba no-negativa a **Elkhorn Holdings, Inc.** Al firmar a continuación, certifico que toda la información que he aportado en este formulario es verídica y completa, y que he identificado todas las compañías para las cuales he trabajado en un puesto sensible a seguridad conforme a DOT, o por la cual fue sometido a prueba pre-empleo DOT durante los tres años previos. Por otra parte, tengo entendido que soy responsable por todo costo asociado con cualquier evaluación pendiente por parte de un Profesional para Abuso de Sustancias, recomendaciones, formación, y tratamiento, incluyendo costos de pruebas de retorno al trabajo y pruebas de seguimiento aun pendientes por completar.

Marque esta casilla si NO ha realizado funciones DOT durante los últimos 3 años.

Firma del Aplicante

Número de Seguro Social

Fecha

A ser completado por el Empleador Previo

Conforme a 49 CFR Parte 40.25, se requiere que **Elkhorn Holdings, Inc.**, obtenga (y en su calidad de empleador previo se requiere que usted divulgue) información con respecto a los resultados de pruebas DOT de drogas y alcohol de la persona nombrada arriba, durante los dos años anteriores (FMCSA 3 años) – incluyendo denegaciones a someterse a prueba. Favor complete lo siguiente:

- Sí No 1. ¿Cualquier resultado DOT de alcohol de 0.04 ó más durante los últimos dos años?
- Sí No 2. ¿Cualquier resultado DOT positivo para drogas durante los últimos dos años?
- Sí No 3. ¿Rehusó someterse a una prueba DOT de requerida drogas/alcohol? (incluye especímenes adulterados o sustituidos)
- Sí No 4. ¿Alguna otra violación de reglamentos sobre pruebas DOT de drogas y alcohol?
- Sí No 5. ¿Algún empleador previo le reportó una violación de reglas sobre drogas/alcohol durante los últimos dos años?
- Sí No 6. ¿En caso afirmativo para cualquier casilla anteriores, el empleado completó el proceso para retornar al trabajo?
- 7. Marque esta casilla si su compañía y/o el Aplicante **NO** estaba sujeto a reglamentos DOT.

Nota: En caso afirmativo para la casilla, usted debe aportar el reporte del empleador previo. En caso afirmativo para la casilla 6, usted también debe remitir la documentación correspondiente de retorno al trabajo (por ejemplo, reporte(s) SAP, registro de pruebas de seguimiento).

Nombre de Compañía del Empleador Previo

Nombre de Persona que Completa el Formulario

Fecha

ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO POR FAX A: (307) 789-1831

Elkhorn Construction, Inc.	Hiring Package
Title: Acknowledgement Form	Effective Date: 11-01-2002

**ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT
WITH RESPECT TO DRUG AND ALCOHOL TESTING**

I, the undersigned employee of Elkhorn Construction, Inc., hereby certify that I have been furnished with a copy of the company's DOT Alcohol and Drug testing program, including its Employee Assistance Program, and that I have read and understand same. I further certify that I have been provided with informational material, education and training on the dangers and problems of drug and alcohol misuse.

I am fully aware, and agree that I may be discharged or otherwise disciplined for any violation by me of said DOT Alcohol and Drug Policy, for any failure or refusal to provide urine and/or breath specimens when requested by Elkhorn Construction, Inc., for the failure or refusal to identify and certify same, for the failure to cooperate with the forms and other documents, and/or for any other failure or refusal to cooperate with Elkhorn Construction, Inc. in it's said DOT Alcohol and Drug Testing Program.

Executed this the _____ day of _____, 20_____.

Employee Name (Please Print)

Employee Signature

Social Security Number

POLÍTICA DE VACACIONES PARA EMPLEADOS POR HORAS

1. Esta política está en vigencia a partir del 1 de enero de 2016.
2. La intención de esta política es recompensar con tiempo libre con goce de sueldo a los empleados efectivos de tiempo completo.
3. A los fines de esta Política de Vacaciones, se define “empleado de tiempo completo” como todo aquel empleado activo, que trabaje por horas, y haya trabajado un mínimo de 1800 horas en un año calendario. Este individuo será recompensado con una semana de 40 horas de vacaciones que será programada y tomada en el siguiente año calendario, en tanto que siga siendo un empleado activo de la Empresa. Después de cinco años continuos/consecutivos de servicio, en los cuales el empleado haya trabajado un mínimo 1800 horas por año, se otorgarán dos semanas de 40 horas de vacaciones que serán programadas y tomadas en el siguiente año calendario. Después de 10 años continuos/consecutivos de servicio, en los cuales el empleado haya trabajado un mínimo 1800 horas por año, se otorgarán tres semanas de 40 horas de vacaciones que serán programadas y tomadas en el siguiente año calendario. Los períodos de dos y tres semanas de vacaciones no pueden tomarse en forma consecutiva sin la aprobación del Gerente de Distrito/Gerente de Construcción.
4. Las vacaciones no pueden tomarse en partes proporcionales que sean inferiores a un día. Las vacaciones otorgadas deben ser tomadas antes de que finalice el año calendario elegible, caso contrario se perderán, y no podrán ser trasladadas al año calendario siguiente. No se realizarán pagos en lugar de vacaciones, a menos que existan días de vacaciones no utilizados al momento de la terminación del empleo. Las vacaciones no utilizadas serán aplicadas a cualquier licencia prolongada, incluida la licencia FMLA.
5. Los empleados deberán presentar la solicitud de vacaciones por escrito en el Formulario de Solicitud de Vacaciones al supervisor inmediato o encargado para su aprobación, con una anticipación de al menos dos semanas antes de la fecha de vacaciones deseada. Es responsabilidad del empleado programar y tomar las vacaciones, de mutuo acuerdo con el supervisor.

Formulario W-4(SP) (2017)

Propósito. Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2017 vence el 15 de febrero de 2018. Vea la Publicación 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si el total de sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Excepciones. Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
- Está ciego o

• Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos. Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Publicación 505 para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, en

inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Para detalles, vea la Publicación 505.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones complementarias para el Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de llenar este formulario.

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Publicación 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2017. Vea la Publicación 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/formw4sp.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A _____
B	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. 	B _____
C	Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	C _____
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D _____
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E _____
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito	F _____
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces menos "1" si tiene cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos 	G _____
H	Sume las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	H _____
	Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. <ul style="list-style-type: none"> • Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2. • Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos. • Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H. 	

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2017</h1>
1 Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	2 Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)	5	6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) 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 ►
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador (EIN)

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2017. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2017, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$313,800 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$287,650 si es cabeza de familia; \$261,500 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$156,900 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Publicación 505, para detalles 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,350 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,350 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2017 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Publicación 505) 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2017 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Publicación 505, en inglés) 5 \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2017 (por ejemplo, dividendos o intereses) 6 \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" 7 \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción 8 _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 9 _____
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) 10 _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea **Dos asalariados o múltiples empleos**, en la página 1).

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) 1 _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" 2 _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo 3 _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo 4 _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo 5 _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 6 _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí 7 \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener 8 \$ _____
 - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2017. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2017. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago 9 \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
7,001 - 14,000	1	8,001 - 16,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 22,000	2	16,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
22,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 y más	1,600
35,001 - 44,000	5	44,001 - 70,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	70,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 95,000	10	140,001 y más	10				
95,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.
 Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuestos federales sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerle a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (territorios) estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para que la incluya en el *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen

que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.
 Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.
 El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.
 Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LAS PERTENENCIAS DEL EMPLEADO

Usted es responsable por la custodia y seguridad de todas sus herramientas personales y demás pertenencias, Las herramientas y demás pertenencias no deberán ser guardadas en los remolques, cajas de herramientas, vehículos o equipos de Elkhorn Holdings, Inc. que le sean suministrados.

Es su responsabilidad llevar un inventario de sus herramientas personales y demás pertenencias y mantenerlo actualizado en todo momento.

El abajo firmante, sus sucesores y cesionarios, por el presente y para siempre eximen a Elkhorn Holdings, Inc., sus compañías subsidiarias, entidades relacionadas y sus aseguradoras, de toda responsabilidad por daños y perjuicios que resulten del robo de las herramientas personales o demás pertenencias del empleado.

Fecha

Firma del Empleado

Nombre en imprenta (Nombre legal completo)

If you would like to have your paychecks direct deposited into your bank account please fill in the following information or attach a voided check.

Account Type: **Checking** **Savings**

PLEASE WRITE LEGIBLY

Routing Number: (Bottom of Check - Left Number)

Account Number: (Bottom of Check to Right of Routing No.)

Bank Name: _____

Bank Address: _____

Bank City, State, Zip: _____

Bank Phone: _____

By signing below I hereby agree to and authorize payroll deposits to my account and authorize any lawful debits for overpayments by Elkhorn Construction, Inc., Eagle Pipeline Construction, Inc., and HOAD, Inc. from my account.

Print Name: _____

Company Assigned
Employee ID
or SSN: _____

Sign Name: _____

Attach Voided Check Here

“ Please sign this form and return it to Human Resources in hard copy or by email. ”



Business Ethics Policy

The Wood Group Business Ethics Policy is available online in nine languages via the Wood Group intranet (www.woodgroup.net) or the Wood Group website (www.woodgroup.com).

Receipt and Acknowledgement

I acknowledge that I have read and understood the Wood Group Business Ethics Policy.

I understand that each Wood Group employee, member of the Board of Directors, contractor and consultant and representatives, intermediaries and agents retained by Wood Group are responsible for knowing and adhering to the principles and standards of the Business Ethics Policy.

Signature: _____

Print name: _____

Strategic Business Unit: _____

Title: _____

Location: _____

Date: _____

Reconocimiento de Política

Mediante la presente reconozco que se me ha entregado copia de las siguientes políticas de Wood Group PSN, Inc.

- Política Global HSE (Global)**
- Política sobre Manejo de Vehículos (Global)**
- Política sobre Acoso/Hostigamiento (Global)**
- Política sobre Uso Aceptable de Tecnología Informática (Global)**
- Política sobre Medios Sociales (Global)**

Tengo entendido que el resultado de mi violación de cualquiera de estas políticas será acción disciplinaria, incluyendo la posibilidad de terminación.

Empleado –Nombre en Letra de Molda

Empleado – Firma

Fecha

