

Diario De Días Trabajados

(Formulario Opcional)

Departamento De Trabajos De Los EE UU

Administración de Normas de Empleo
División de Horarios y Salarios



Trabajador: _____ Numero del Seguro Social: _____ OMB No.: 1215-0148 Expires: 08-31-2009
 Dirección: _____ Fin de la semana trabajada (mes, día, año)

Dia/fecha	domingo/	lunes/	martes/	miercoles/	jueves/	viernes/	sabado/	Total de horas trabajadas en la semana	DEDUCCIONES	
Hora de comenzar										
Hora de terminar										
Horas trabajadas									Impuesto del Seguro Social	
Cultivo/trabajo Unidades terminadas									Impuesto federal	
									Impuesto estatal	
									Renta	
Base de pago (por hora o por contrato)								Salario bruto	Comida	
Salario diario									Transportación	
Patrón _____									Otra deducción	
Dirección _____									Otra deducción	
Numero de identidad del patrón para el Seguro Social									Total de deducciones	
									Salario neto (Cantidad debida al trabajador)	Día de pago

Formulario WH-501 Inserciones

1. Instrucciones que reemplazan los elementos Informativos siguientes (Lo subrayado significa revisiones e Información añadida.)

INSTRUCCIONES

Correctamente relleno, esta formulado opcional satisficera los requisitos de las secciones 201 (d), (e), y (9) y de las secciones 301 (c), (d), y (O de la Ley para la Protección de los Obreros Migratorios y Estacionales Agrícolas (MSPA). Este formulario también satisficere los requisitos estatuarios bajo la sección 11 (c) de las Normas Justas de Trabajo (FLSA). Si el empleador (a) opta por no utilizar este formulario opcional, él/ella no obstante, debe mantener la información y se la debe proveer a los empleados por escrito.

"NO ENVÍE EJEMPLARES O COPIAS DE ESTE FORMULARIO A LA DIRECCIÓN QUE SE PROVEE ABAJO:"

INFORMACIÓN SOBRE LA PLANILLA DE PAGOS: Relleno el mes, día y año en los cuales la semana laboral de pago del empleado termina. Relleno la fecha calendaria del día trabajado. Relleno a qué hora el trabajo comenzó y a qué hora terminó cada día. Relleno el total del tiempo realmente trabajado cada día. Reste los períodos de comidas bonafide. Cosecha/ Tarea-Unidades terminadas -Relleno el tipo de trabajo desempeñado (como recoger naranjas por recipiente). Rellene el número de las unidades producidas si al empleado se lo paga por pieza o a base de tareas. Rellene el pago por pieza o por hora. Relleno la suma del pago diario computado por el pago por hora y/o por pieza.

DEDUCCIONES ENUMERADAS: Además de FICA (Seguro Social), impuesto federal, impuesto estatal, el alquiler, la comida, y las deducciones por el transporte (si existen), relleno cualquier otra deducción **especificada** en la columna a la derecha y luego pásela a la Izquierdá. Reste el total de las deducciones del total del pago bruto-Relleno el resultado como pago neto (la Suma que se le debe al Empleado). Rellene la fecha en la cual es la paga al obrero.

OJO: Nadie tiene que responder a la compilacion de esta información a menos que ésta exhiba un número valido y actual de control de OMB

2. Añada la declaración de responsabilidad/carga al formularla

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Se calcula que tomará un promedio de un (1) minuto para relleno la compilación de esta información, incluyendo el tiempo que se necesita para repasar las instrucciones, para buscar las fuentes Informativas existentes, Para recolectar y mantener la información necesaria, y para relleno y repasar la compilación de la información. Si tiene algún comentario sobre estos cálculos o sobre cualquier otro aspecto de la compilación de esta Infonnacion, Incluso sugerencias para reducir esta obligacion, envíelos at Administrador, Wage and Hour Division, Employment Standards Administration, U.S. Department of Labor, Room S-3502, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.