

PLANILLA PARA LA DECLARACION TRIMESTRAL DEL PATRONO
—LA CONTRIBUCION FEDERAL AL SEGURO SOCIAL Y AL SEGURO MEDICARE

OMB No. 1545-0029

Para más información sobre cómo se llena esta planilla, vea las instrucciones por separado. Por favor, escriba a maquina o en letras de molde.

Usted debe completar esta sección.

Nombre (el de usted, no el del negocio)

Fecha en que terminó el trimestre (mes y año)

Nombre comercial, si existe

Número de identificación patronal (EIN)

Dirección actual (calle, número, número de apartamento o ruta rural)

Ciudad, pueblo u oficina postal y zona postal "ZIP"

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque este encasillado.

Para el IRS

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5						
6	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

T	
FF	
FD	
FP	
I	
T	

- A Si **no está** obligado(a) a radicar planillas en el futuro, marque este encasillado y anote la fecha en que efectuó el último pago de salarios sujetos a la contribución
- B Si usted es patrono estacional, vea **Patronos estacionales** en la página 1 de las instrucciones por separado y marque este encasillado

Complete la línea 1 sólo en el primer trimestre.

1	Número de empleados (excepto domésticos) durante el período de nómina en el que cae el 12 de marzo	1	
2-5			
6	Salarios sujetos a la contribución al seguro social (Complete la línea 7.)	6a	\$ _____ × 12.4% (.124) = 6b _____
	Propinas sujetas a la contribución al seguro social	6c	\$ _____ × 12.4% (.124) = 6d _____
7	Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	7a	\$ _____ × 2.9% (.029) = 7b _____
8	Total de contribuciones al seguro social y al Medicare (suma las líneas 6b , 6d y 7b)	8	
9	Ajustes a las contribuciones al seguro social y al Medicare (vea las instrucciones acerca de la explicación que debe incluir) ▶	9	
	Compensación por enfermedad \$ _____ ± Fracciones de centavos \$ _____ ± Otro \$ _____ =		
10	Contribuciones netas al seguro social y al Medicare (la cantidad de la línea 8 según ajustada por la de la línea 9). Si es de \$2,500 ó más, deberá ser igual al total de la línea 17 , columna (d), abajo, o de la línea D del Anexo B (Forma 941-PR) ▶	10	
11-13			
14	Cantidad total de depósitos hechos en este trimestre, incluyendo cualquier pago en exceso de un trimestre anterior aplicado a este trimestre ▶	14	
15	Balance pendiente de pago (reste la línea 14 de la línea 10). Vea las instrucciones por separado ▶	15	
16	Contribución pagada en exceso. Si la línea 14 es mayor que la línea 10 , anote el exceso aquí ▶ \$ _____ y marque si es para: <input type="checkbox"/> aplicarse a su próxima planilla o <input type="checkbox"/> que se le reembolse		

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea **10** es menos de \$2,500, **no complete** la línea **17** ni el Anexo B (Forma 941-PR).
- **Depositantes de itinerario bisemanal:** Complete el Anexo B (Forma 941-PR) y marque aquí
- **Depositantes de itinerario mensual:** Complete la línea **17**, de la columna (a) a la (d), y marque aquí

17 Resumen Mensual de la Obligación Contributiva Federal (Si usted es depositante de itinerario bisemanal, complete el Anexo B (Forma 941-PR) en vez de este resumen.)			
(a) Obligación del primer mes	(b) Obligación del segundo mes	(c) Obligación del tercer mes	(d) Obligación total para el trimestre

Tercero Autorizado ¿Desea permitir que otra persona discuta esta planilla con el IRS (vea las instrucciones por separado)? **Sí.** Complete lo siguiente. **No**

Nombre de esta persona ▶ _____ Número de teléfono ▶ () _____ Número de identificación personal (PIN) ▶ _____

Firme Aquí Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla (incluyendo los anexos e informes adjuntos) y que, a mi mejor saber y entender, es verídica, completa y correcta.

Firma ▶ _____ Nombre y título ▶ _____ Fecha ▶ _____

Forma 941-V(PR): Pago-Comprobante

Propósito de la forma

Complete la **Forma 941-V(PR)**, Pago-Comprobante, si usted incluye un pago con su **Forma 941-PR**, PLANILLA PARA LA DECLARACION TRIMESTRAL DEL PATRONO—LA CONTRIBUCION FEDERAL AL SEGURO SOCIAL Y AL SEGURO MEDICARE. Usaremos el pago-comprobante debidamente completado para mejor acreditar su pago a su cuenta contributiva con más exactitud y también para mejorar la calidad de nuestro servicio a usted.

Si otro individuo le prepara a usted la planilla de contribución e incluye un pago al radicar la planilla, por favor, déle al preparador el pago-comprobante para que éste lo use.

Cómo se hacen pagos con la Forma 941-PR

Haga pagos con la Forma 941-PR **únicamente** si:

- Su contribución neta por pagar para el año (la línea **10** de la Forma 941-PR) suma menos de \$2,500 y paga el adeudo por completo al radicar oportunamente su planilla o
- Usted es un depositante de itinerario mensual que hace un pago de acuerdo con la **regla de exactitud de los depósitos**. (Vea el apartado **11** de la **Circular PR (Pub. 179)**, Guía Contributiva Federal para Patronos Puertorriqueños, para mayor información.) Dicho pago pudiera ser de \$2,500 ó más.

De lo contrario, usted tiene que depositar la cantidad en una institución financiera autorizada a recibir depósitos o mediante la tranferencia de fondos por medios electrónicos. (Vea el apartado **11** de la Circular PR (Pub. 179) para las instrucciones sobre cómo depositar.) Por favor, no use la **Forma 941-V(PR)**, Pago-Comprobante, para hacer depósitos de contribuciones federales.

Aviso: Si incluye pagos de contribución en su Forma 941-PR que debieran haber sido depositados, usted pudiera estar sujeto(a) a pagar una multa o penalidad. Vea, **Multas relacionadas con los depósitos**, en el apartado **11** de la Circular PR (Pub. 179).

Instrucciones Específicas

Encasillado 1—Número de identificación del patrono (EIN). Si usted no tiene un *EIN*, tiene que solicitarlo llenando la **Forma SS-4PR**, Solicitud de Número de Identificación del Patrono, y escriba “Solicitado” y la fecha en que lo solicitó en el espacio para tal número.

Encasillado 2—Cantidad del pago. Anote aquí la cantidad que usted paga al radicar la Forma 941-PR.

Encasillado 3—Período Contributivo. Llene por completo la cápsula que indique el trimestre al que corresponde el pago. Llene sólo una cápsula, por favor.

Encasillado 4—Nombre y dirección. Anote aquí su nombre y dirección, tal como se indican en su Forma 941-PR.

• Haga su cheque o giro a la orden del “*United States Treasury*”. Asegúrese de anotar su *EIN*, “Forma 941-PR” y el período contributivo en el cheque o giro. Por favor, no envíe dinero en efectivo. Ni tampoco engrape este pago-comprobante o su pago a la planilla, ni el uno al otro.

• Desprenda el pago-comprobante y envíelo con su pago y con la Forma 941-PR a la siguiente dirección: **P.O. Box 80106, Cincinnati, OH 45280-0006.**

Aviso: Usted **debe** completar la sección que pide información sobre su identidad personal y comercial encima de la línea A en la Forma 941-PR.

▼ Desprenda aquí y envíe junto con su pago y su planilla de contribución. ▼

Forma **941-V(PR)** (2004)

Forma **941-V(PR)**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Pago-Comprobante

OMB No. 1545-0029

2004

► No engrape o adhiera este comprobante a su pago.

1 Anote su número de identificación del patrono (<i>EIN</i>). : :		2 Anote aquí la cantidad de su pago. ►		Dólares	Centavos
3 Período Contributivo		4 Anote aquí su nombre comercial (nombre personal, si es dueño único).			
<input type="radio"/> 1er trimestre	<input type="radio"/> 3er trimestre	Dirección actual (calle, número, número de apartamento o ruta rural)			
<input type="radio"/> 2ndo trimestre	<input type="radio"/> 4to trimestre	Ciudad, pueblo u oficina postal y zona postal “ZIP”			