

**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.**

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

<b>17 Resumen Mensual de la Obligación Contributiva Federal</b> (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”			