

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

OMB No. 1545-0029

Vea la Circular PR para obtener información adicional  
 acerca de las contribuciones sobre el empleo.

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 \_\_\_\_\_

Dirección actual (calle, número, número de apartamento o ruta rural) \_\_\_\_\_ Ciudad, pueblo u oficina postal y zona postal "ZIP" \_\_\_\_\_

T	
FF	
FD	
FP	
I	
T	

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	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	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

- A** Si **no está** obligado 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 <b>(Complete la línea 7)</b>	<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 <input type="checkbox"/> que se le reembolse		

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

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

OMB No. 1545-0029

Vea la Circular PR para obtener información adicional  
 acerca de las contribuciones sobre el empleo.

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
Dirección actual (calle, número, número de apartamento o ruta rural)	Ciudad, pueblo u oficina postal y zona postal "ZIP"

T	
FF	
FD	
FP	
I	
T	

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

- A** Si **no está** obligado 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 <b>(Complete la línea 7)</b>	<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> ). <b>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)</b> . . . . .	<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>	<b>Balance pendiente de pago</b> (reste la línea <b>14</b> de la línea <b>10</b> ). Vea las instrucciones por separado . . . . . ▶	<b>15</b>	
<b>16</b>	<b>Contribución pagada en exceso.</b> 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 <input type="checkbox"/> que se le reembolse		

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea **10** es menos de \$2,500, no tiene que completar la línea **17** ni el Anexo B (Forma 941-PR).
- **Depositantes de itinerario mensual:** Complete la línea **17**, de la columna **(a)** a la **(d)**, y marque aquí . . . . . ▶
- **Depositantes de itinerario bisemanal:** Complete el Anexo B (Forma 941-PR) 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)?  **Si.** 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-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 usted la paga en su totalidad con una planilla de contribución que radica a su debido tiempo 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 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.**

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

Forma **941-V(PR)** (2003)

Forma **941-V(PR)**

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

## Pago-Comprobante

OMB No. 1545-0029

**2003**

► No engrape o adhiera este comprobante a su pago.

1 Anote su número de identificación del patrono ( <i>EIN</i> ). : :		2 Anote al lado 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"/> 2do trimestre	<input type="radio"/> 4to trimestre	Ciudad, pueblo u oficina postal y zona postal "ZIP"			