

Formulario 499 R-3 Form Rev. 19 oct 11	Gobierno de Puerto Rico - Government of Puerto Rico Departamento de Hacienda - Department of the Treasury ESTADO DE RECONCILIACION DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS RETENIDA RECONCILIATION STATEMENT OF INCOME TAX WITHHELD Año comienza el ___ de ___ de ___ y termina el ___ de ___ de ___ Year beginning on ___ of ___ and ending on ___ of ___	Número de Serie <input type="checkbox"/> ENMENDADO - AMENDED Fecha de Recibo																
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Liquidador</td> <td style="width:50%;">Revisor</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Investigado por:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha ___ / ___ / ___</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td>M</td> <td>N</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Liquidador	Revisor	Investigado por:		Fecha ___ / ___ / ___		R	M	N									
Liquidador	Revisor																	
Investigado por:																		
Fecha ___ / ___ / ___																		
R	M	N																
Núm. Identificación Patronal - Employer Identification Number		Número de Teléfono Telephone Number ()																
Nombre del Negocio - Business Name		Fecha comienzo de operaciones Date operations began																
Nombre del Patrono (o Persona Contacto) Employer's Name (or Contact Person)		Fecha cese de operaciones Cease of operations date																
Dirección Postal - Postal Address																		
Código Postal - Zip Code																		
Localización del Negocio - Número, Calle y Ciudad Business Location - Number, Street and City		Total de Comprobantes incluidos Number of Statements included																

1. Sueldos - Wages		
2. Comisiones - Commissions		
3. Concesiones - Allowances		
4. Propinas - Tips		
5. Total - Total		
6. Gastos Reembolsados - Reimbursed Expenses		
7. Contribución Retenida - Tax Withheld		
8. Fondo de Retiro Gubernamental - Governmental Retirement Fund		
9. Aportaciones a Planes Cualificados - Contributions to CODA Plans		
10. Salarios bajo la Ley Núm. 324 de 2004 - Salaries under Act No. 324 of 2004		
11. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program		

Juramento - Oath

Declaro bajo penalidad de perjurio, que he examinado esta declaración y los documentos adjuntos, y que a mi mejor entender son verídicos, correctos y completos. De haber documentos sin el número de seguro social de las personas que los recibieron, he cumplido con las exigencias del Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico, según enmendado (Código), solicitando a dichas personas el número, pero no he recibido contestación.

I declare under penalty of perjury, that I have examined this declaration, including all attached documents, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct and complete. If there are documents without recipient's social security number, I have complied with the requirements of the Internal Revenue Code for a New Puerto Rico, as amended (Code), by requesting such numbers from the recipients, but have not received any reply.

Fecha - Date

Firma del Patrono - Employer's Signature

Título - Title

INSTRUCCIONES

Este formulario deberá llenarse a maquina o en tinta utilizando letra de molde. Es importante que indique el número de identificación patronal para poder procesarlo correctamente. En el encasillado **Fecha cese de operaciones** indique la fecha en que el negocio o compañía cesó sus operaciones por liquidación, cierre, etc. **No deberá indicar la fecha de cierre de su año contributivo.**

El original de este Estado de Reconciliación deberá rendirse en el Negociado de Procesamiento de Planillas no más tarde del 31 de enero del año siguiente al año natural para el cual se rinde. Si por causa justificada, necesita acogerse a una prórroga para rendir este estado, deberá rendir el Modelo SC 2727 (Solicitud de Prórroga para Rendir el Comprobante de Retención y el Estado de Reconciliación de Contribución sobre Ingresos Retenida) no más tarde de dicha fecha. La prórroga no excederá un período de 30 días. Junto con este estado, deberá rendir las copias "A" de los Comprobantes de Retención (Formulario 499R-2/W-2PR) y una lista (preparada preferiblemente en máquina de sumar) de los totales de contribución retenida. Los formularios antes mencionados pueden enviarse también a la siguiente dirección: DEPARTAMENTO DE HACIENDA NEGOCIADO DE PROCESAMIENTO DE PLANILLAS PO BOX 9022501 SAN JUAN PR 00902-2501.

El Estado de Reconciliación deberá rendirse a nombre del patrono y deberá firmarlo el propio patrono o la persona que ejerza el control del pago de salarios. En el caso de que se dejare de rendir el mismo en la fecha prescrita, se impondrá, además de otras penalidades dispuestas por el Código, una penalidad de \$500 por cada Estado de Reconciliación Anual dejado de rendir.

INSTRUCTIONS

This form shall be typed or printed in ink. It is important to include your employer identification number in order to properly process the form. In the **Cease of operations date** box enter the date in which the business or company ceased operations because of liquidation, going out of business, etc. **Do not enter the closing date of your taxable year.**

The original copy of this Reconciliation Statement must be filed with the Returns Processing Bureau not later than January 31 of the next calendar year following the year for which the statement is filed. If for a justified reason, you need to request an extension of time to file this statement, you must file Form AS 2727 (Request for Extension of Time to File the Withholding Statement and the Reconciliation Statement of Income Tax Withheld) not later than said date. The extension will not exceed a period of 30 days. The statement must be filed with copies "A" of the Withholding Statements (Form 499R-2/W-2PR) and a list (preferably in the form of an adding machine tape) of the amount withheld. The previously mentioned forms must be sent to: DEPARTMENT OF THE TREASURY RETURNS PROCESSING BUREAU PO BOX 9022501 SAN JUAN PR 00902-2501.

This Reconciliation Statement must be filed in the name of, and signed by the employer or the person who exercises control over the payment of wages. If this Reconciliation Statement is not filed within the time prescribed, there shall be assessed, in addition to any other penalties provided by the Code, a penalty of \$500 for each Annual Reconciliation Statement not filed.