Formulario 482 Rev. 05.98

FORMA LARGA

☐ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

Liquidador					Revisor				
R	M	V1	V2	P1	P2	N	D	E	A

1998 GOBIERNO DE PUERTO RICO **1998**
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

AÑO CONTRIBUTIVO 1998 O AÑO COMENZADO EL
____ de _____ de 19 _____Y TERMINADO EL ____ de_____ de 19 _____

Número de Serie

Sello de Pago

Nombre | Inicial | Apellido Paterno | Apellido Materno

Dirección postal

Código postal

"Coloque el Sello de Goma (Label) aquí".

Nombre e inicial del cónyuge | Apellido Paterno | Apellido Materno

Dirección residencial completa (Barrio o Urbanización, Núm., Calle) **Cambio de dirección:** Sí ☐ No ☐

Municipio ☐ Código postal

Núm. de Seguro Social

Fecha de Nacimiento
Día Mes Año

Sexo ☐ M ☐ F

Núm. de Seguro Social Cónyuge

Fecha de Nacimiento del Cónyuge
Día Mes Año

Teléfono Residencia:

Teléfono Oficina:

PARA USO DE COLECTURIA
Número Control de Recibo
Núm. _____
Importe: _____

Encasillado 1

	Sí	No	
A.	☐	☐	¿Ciudadano de Estados Unidos?
B.	☐	☐	¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?
C.	☐	☐	¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?
D.	☐	☐	¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?
E.	☐	☐	¿Otros ingresos exentos de contribución? **(Someta Anejo)**
F.	☐	☐	¿Obligación de hacer pagos a **ASUME**?

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:

1) ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta
2) ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)
3) ☐ Jefe de familia
4) ☐ Soltero
5) ☐ Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

G. ☐ Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públicas
H. ☐ Empleado Gobierno Federal
I. ☐ Empleado Empresa Privada
J. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

Su ocupación _____ ☐ Ocupación cónyuge _____ ☐

Contrato Gobierno:
Contribuyente_____
Cónyuge _____

PLANILLA 1999
ESPAÑOL ☐ INGLES ☐

Encasillado 2

1. **Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas**

	A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
00 **SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORMULARIOS 499R-2/W-2PR o W-2), SEGUN APLIQUE.**	00	00
	00	00
	00	00
	00	00
01 **Total** (Núm. de comprobantes con esta planilla) ☐	00	00

		Contribución Retenida		Salarios Federales	
C- **Salarios del Gobierno Federal** (Véanse instrucciones)	(01)	00	(02)	00

2. **Otros Ingresos (o pérdidas):**

A) Ingreso de intereses (Anejo F, Parte I, línea 9)	(03)	00
B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F y Anejo R Individuo)	(04)	00
C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R Individuo)	(05)	00
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F, Parte II, línea 1A)	(06)	00
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F, Parte II, línea 1B)	(07)	00
F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F)	(08)	00
G) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F)	(09)	00
H) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)	(10)	00
I) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H, Parte II, línea 12)	(11)	00
J) Pensión alimentaria recibida (Núm. seguro social del que paga: _____) (12)	(13)	00
K) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)	(14)	00
L) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)	(15)	00
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)	(16)	00
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a rentas (Someta Anejo N Individuo)	(17)	00
O) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individuo)	(18)	00
P) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)	(19)	00
3. **Total Ingreso Bruto** (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2P)	(20)	00
4. **Pensión Alimentaria Pagada** (Núm. seguro social del que la recibe: _____)(21)	(22)	00
5. **Ingreso Bruto Ajustado** (Línea 3 menos línea 4)	(30)	00

Encasillado 3

5. **Ingreso Bruto Ajustado** (De la línea 5, página 1) 02 (01) 00
6. **DEDUCCION FIJA:** Si marcó en el Encasillado 1 el bloque 1 anote $3,000, el bloque 2 anote $2,000, el bloque 3 anote $2,600, el bloque 4 anote $2,000. Si marcó el bloque 5 y su cónyuge detalló las deducciones anote cero. Si su cónyuge no detalló anote $1,500. (02) 00
7. Total deducciones detalladas (Anejo A Individuo, Parte I, línea 16) (03) 00
8. Deducción fija o deducciones detalladas (Anote la mayor de la línea 6 ó 7) (04) 00
9. Total deducciones adicionales (Anejo A Individuo, Parte II, línea 8) (05) 00
10. Total deducciones (Sume líneas 8 y 9) (06) 00
11. **EXENCION PERSONAL:** Si marcó bloque 1 anote $3,000, bloque 2 $1,300, bloque 3 $3,000, bloque 4 $1,300, bloque 5 $1,500 (07) 00
12. **EXENCION POR DEPENDIENTES (Véanse instrucciones)**
    A) No universitarios: **Categoría (N)** (10) _____ x $1,300 (11) 00
    B) Universitarios: **Categoría (U)** (14) _____ x $1,600 (15) 00
    C) Incapacitados, ciegos o de 65 años o más: **Categoría (I)** (18) _____ x $1,300 (19) 00
    D) **Total Exención por Dependientes** (Sume líneas 12A, 12B y 12C) (20) 00
13. **Total Deducciones y Exenciones** (Sume líneas 10, 11 y 12D) (21) 00
14. **INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCION** (Línea 5 menos línea 13. Si la línea 13 es mayor que la línea 5, anote cero) (30) 00

Encasillado 4

15. **CONTRIBUCION:** (01) [1] Según Tabla [2] Especial sobre ganancias de capital [3] Extranjero no residente (02) 00
16. Cantidad de Ajuste Gradual (Anejo P Individuo, línea 7) 03 (03) 00
17. Exceso de la Contribución Básica Alterna sobre la Contribución Regular (Anejo O Individuo, línea 6) (04) 00
18. Contribución sobre intereses elegibles y de instituciones financieras sujetos a retención (Anejo F, Parte I, línea 5A y 5B) (05) 00
19. Contribución especial sobre dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención(Anejo F,Parte II,línea 2A) (06) 00
20. Contribución sobre dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) (07) 00
21. Total contribución determinada (Sume líneas 15 a la 20) (08) 00
22. Recobro exceso de crédito por inversión reclamado (Anejo B Individuo, Parte I, línea 3) (09) 00
23. Créditos contributivos (Anejo B Individuo, Parte II, línea 11) (10) 00
24. **RESPONSABILIDAD CONTRIBUTIVA** (Sume líneas 21 y 22 menos línea 23. Si es menos de cero, anote cero) (11) 00
25. **CONTRIBUCION RETENIDA O PAGADA:**
    A) Mediante retención sobre salarios (Sume las líneas 1A y 1C del Encasillado 2) (12) 00
    B) Mediante retención sobre anualidades y pensiones (Anejo H, Parte II, línea 13) (13) 00
    C) Otros pagos y retenciones (Anejo B Individuo, Parte III, línea 12) (14) 00
    D) Total Contribución Retenida o Pagada (Sume líneas 25A a la 25C) (15) 00
26. **TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION** (Si la línea 24 es mayor que la línea 25D, anote la diferencia aquí, de lo contrario, en la línea 31) (16) 00
27. **Menos:** Cantidad pagada con prórroga automática (17) 00
28. **BALANCE PENDIENTE DE PAGO** (Si la línea 26 es mayor que la línea 27, anote la diferencia aquí, de lo contrario, en la línea 31) (18) 00
29. **Menos:** Cantidad pagada
    (a) **Con Planilla** (19) 00
    (b) **A través de Transferencia Electrónica** (Núm. de Transacción: _____) (20) 00
    (c) **Intereses** (21) 00
    (d) **Recargos** (22) 00
30. **BALANCE PENDIENTE DE PAGO** (Línea 28 menos líneas 29(a) y 29(b)) (23) 00
31. **Contribución pagada en exceso** (Línea 24 menos líneas 25D y 27. Indique distribución en la línea A o B) (24) 00
    A) Acreditar a la contribución estimada 1999 (25) 00
    B) **A REINTEGRAR** (40) 00

Encasillado 5 — Dependientes

55

	Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha Nacimiento	Parentesco	Categoría J	Núm. de Seguro Social
Jefatura (01)							

	Nombre, Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco	Categoría **(N) (U) (I)** Véanse instrucciones	Núm. de Seguro Social
(02)							
(03)							
(04)							
(05)							
(06)							
(07)							
(08)							
(09)							

Dependientes

Declaro bajo penalidad de perjurio que esta planilla (incluyendo los estados, anejos y demás documentos que se acompañan) ha sido examinada por mí y que según mi mejor información y creencia es cierta, correcta y completa. También declaro que he proporcionado más del 50% del sustento a todos los dependientes reclamados. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

Nota al contribuyente:
Si hizo pagos por la preparación de su planilla, exija la firma y el número de registro del Especialista.

Fecha | Firma del Contribuyente

Fecha | Firma del Cónyuge

Firma del Especialista | Núm. de Registro | Fecha | Empleado por cuenta propia (marque aquí) ☐ | Núm. Seguro Social del Especialista

04 Nombre del Especialista (Letra de Molde) | Nombre de la Firma o Negocio | Número de Identificación Patronal

Dirección | Código postal

Anejo A Individuo
Rev. 05.98

DEDUCCIONES DETALLADAS Y ADICIONALES

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I Deducciones Detalladas

(Deberá someter evidencia para reclamar estas deducciones. Véanse instrucciones)

1. Intereses hipotecarios:

Nombre de la entidad a quien hizo el pago	Hipoteca	Núm. del Préstamo	Importe		
Primera residencia:	Primera			00	(01)
	Segunda			00	(02)
Segunda residencia:	Primera			00	(03)
	Segunda			00	(04)
Honorarios para originar el préstamo *(Loan Origination Fees)* (Véanse instrucciones)				00	(05)
Descuento del préstamo *(Loan Discounts)* (Véanse instrucciones)				00	(06)

Total intereses hipotecarios pagados ..... (07) 00

2. Tablillas de auto para uso personal (Véanse instrucciones)

Núm. de Tablilla _____ Fecha de Pago _____ Importe $ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Total tablillas de auto pagadas ..... (08) 00

3. Gastos incurridos en el cuido de hijos (Véanse instrucciones. $600-un hijo; $1,200-dos o más hijos) (09) 00
4. Renta pagada (Núm. seguro social del arrendador: _____)(10) ..... (11) 00
5. Contribuciones sobre la propiedad que constituye su residencia principal ..... (12) 00
6. Pérdida de su residencia principal debido a causas fortuitas (Véanse instrucciones) ..... (13) 00
7. Gastos médicos (Anejo J, línea 4) ..... (14) 00
8. Donativos (Anejo J, línea 8) ..... (15) 00
9. Pérdida de bienes muebles por ciertas causas fortuitas (Véanse instrucciones) ..... (16) 00
10. Gastos por molinos de viento ..... (17) 00
11. Gastos de equipo ortopédico para impedidos:
    Marque: ☐(18)Contribuyente ☐(19)Esposa ☐(20)Otros ..... (21) 00
12. Gastos incurridos para la educación de dependientes ..... (22) 00
13. Gastos por equipo solar ..... (23) 00
14. Intereses sobre préstamos estudiantiles a nivel universitario (Véanse instrucciones) ..... (24) 00
15. Aportaciones al Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables (Véanse instrucciones) ..... (25) 00
16. **Total deducciones detalladas** (Sume líneas 1 a la 15 y traslade al Encasillado 3, línea 7 de la planilla) ..... (30) 00

Parte II Deducciones Adicionales

(Deberá someter evidencia para reclamar estas deducciones. Véanse instrucciones)

1. Aportaciones a sistemas gubernamentales de pensiones o retiro ..... (31) 00
2. Aportaciones a cuentas de retiro individual (No exceder de $3,000 ó $6,000 si es casado) ..... (32) 00
3. Casados cuando ambos trabajan ..... (33) 00
4. Veteranos ..... (34) 00
5. Gastos ordinarios y necesarios (Anejo I, línea 8) ..... (35) 00
6. Intereses de préstamo de automóvil (No exceder de $1,200) :
   Banco_____ Núm. préstamo _____ ..... (36) 00
7. Jóvenes que estudian y trabajan (Véanse instrucciones) ..... (37) 00
8. **Total deducciones adicionales** (Sume líneas 1 a la 7 y traslade al Encasillado 3, línea 9 de la planilla) ..... (40) 00

Anejo B Individuo
Rev. 05.98

RECOBRO EXCESO DE CREDITO POR INVERSION RECLAMADO, CREDITOS CONTRIBUTIVOS Y OTROS PAGOS Y RETENCIONES

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I — Recobro Exceso de Crédito por Inversión Reclamado

1. Total de crédito por inversión reclamado en exceso ..... 20 ..... (01) 00

	Columna A	Columna B
Nombre de la entidad:		
Número de identificación patronal:	(02)	(03)
CREDITO INVERSION TURISTICA	1 (04)	1 (05)
CREDITO INVERSION DE DESPERDICIOS SOLIDOS	2	2
CREDITO INVERSION DE DESARROLLO AGRICOLA	3	3
CREDITO OTROS FONDOS DE INVERSION	4	4

2. **Recobro exceso de crédito por inversión reclamado pagado en el año anterior** ..... (07) 00
3. **Recobro exceso de crédito por inversión reclamado a pagar este año** (Traslade al Encasillado 4, línea 22 de la planilla. Véanse instrucciones) ..... (08) 00
4. Exceso de crédito adeudado para el próximo año, si aplica (Línea 1 menos línea 3. Véanse instrucciones) ..... (10) 00

Parte II — Créditos Contributivos (No incluya pagos de estimada. Incluya estos pagos en la Parte III de este Anejo)

1. Crédito por contribuciones pagadas a los Estados Unidos, sus posesiones y países extranjeros (Anejo C Individuo, Parte IV, línea 7) ..... (11) 00
2. Crédito por: ☐ Sección 4(a) Ley 8 de 1987 y/o ☐ Sección 3(b) Ley 135 de 1997 ..... (12) 00
3. Crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, de Turismo u otros fondos o directamente (Someta Anejo Q) ..... (13) 00
4. Crédito atribuible a pérdidas en el Fondo de Capital de Inversión, de Turismo u otros fondos (Someta Anejo Q y Q1) ..... (14) 00
5. Crédito por Aportación a Fundación Educativa para la Libre Selección de Escuelas ..... (15) 00
6. Crédito por pagos de Certificados de Membresía por parte de Miembros Ordinarios y Extraordinarios de Corp. Esp. Propiedad de Trabajadores (Véanse instrucciones) ..... (16) 00
7. Crédito por la compra de créditos contributivos (Someta detalle) ..... (17) 00
8. Créditos arrastrados de años anteriores (Someta detalle) ..... (18) 00
9. Total Créditos Contributivos (Sume líneas 1 a la 8) ..... (19) 00
10. Total contribución determinada (Encasillado 4, línea 21 de la planilla) ..... (20) 00
11. **Crédito a ser reclamado** (La menor de la línea 9 ó 10. Traslade a la página 2, Encasillado 4, línea 23 de la planilla) ..... (21) 00
12. Créditos arrastrables (Línea 9 menos línea 11. Someta detalle) ..... (30) 00

Parte III — Otros Pagos y Retenciones

1. Pagos de contribución estimada para el año 1998 ..... (31) 00
2. Contribución pagada en exceso en años anteriores acreditada a la contribución estimada ..... (32) 00
3. Contribución retenida a no residentes ..... (33) 00
4. Intereses elegibles y de instituciones financieras (Anejo F, Parte I, línea 7) ..... (34) 00
5. Dividendos de corporaciones o distribuciones de sociedades (Anejo F, Parte II, línea 3A) ..... (35) 00
6. Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1) ..... (36) 00
7. Servicios prestados por individuos (Formulario 480.6B) ..... (37) 00
8. Pagos por indemnización judicial o extrajudicial (Formulario 480.6B) ..... (38) 00
9. Contribución retenida en el origen sobre la participación distribuible a accionistas de corporaciones de individuos (Formulario 480.6 CI) ..... (39) 00
10. Contribución retenida en el origen sobre la participación distribuible a socios de sociedades especiales (Formulario 480.6 SE) ..... (40) 00
11. Otros pagos y retenciones no incluídos en las líneas anteriores (Someta detalle) ..... (41) 00
12. **Total otros pagos y retenciones** (Sume líneas 1 a la 11. Traslade el total a la página 2, Encasillado 4, línea 25C de la planilla) ..... (50) 00

Anejo C Individuo
Rev. 05.98

HACIENDA GOBIERNO DE PUERTO RICO

CREDITO POR CONTRIBUCIONES PAGADAS A LOS ESTADOS UNIDOS, SUS POSESIONES Y PAISES EXTRANJEROS

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Nombre del país al cual se pagó contribuciones:

Parte I Determinación del Ingreso Neto de Fuentes Fuera de Puerto Rico

1. Ingreso bruto ajustado de fuentes fuera de Puerto Rico (Véanse instrucciones)			00
2. Deducción fija opcional o detalladas y deducciones adicionales (Encasillado 3, línea 10 de la planilla)	00		
3. Ingreso bruto ajustado de fuentes fuera de Puerto Rico (Igual a la línea 1)	00		
4. Ingreso bruto ajustado de todas las fuentes (Encasillado 2, línea 5 de la planilla)	00		
5. Divida línea 3 entre línea 4	%		
6. Multiplique línea 2 por línea 5			00
7. **INGRESO NETO DE FUENTES FUERA DE PUERTO RICO** (Línea 1 menos línea 6)			00

Parte II Determinación del Ingreso Neto de Todas las Fuentes

1. Ingreso bruto ajustado de todas las fuentes (Encasillado 2, línea 5 de la planilla)		00
2. Deducción fija opcional o detalladas y deducciones adicionales (Encasillado 3, línea 10 de la planilla)		00
3. **INGRESO NETO DE TODAS LAS FUENTES** (Línea 1 menos línea 2)		00

Parte III Contribución Pagada o Acumulada a Estados Unidos, sus Posesiones y Países Extranjeros

1. Crédito reclamado por contribución: ☐ Pagada ☐ Acumulada

2. (a) Fecha de pagada o acumulada	(b) Contribución pagada o acumulada durante el año

Parte IV Determinación del Crédito

1. Ingreso neto de fuentes fuera de Puerto Rico (Parte I, línea 7)		00
2. Ingreso neto de todas las fuentes (Parte II, línea 3)		00
3. Contribución a pagar en Puerto Rico (Encasillado 4, líneas 15,16 y 17 de la planilla)		00
4. Divida línea 1 entre línea 2		%
5. CREDITO (Multiplique línea 3 por línea 4)		00
6. Contribución pagada a los Estados Unidos, sus posesiones y países extranjeros (Parte III, línea 2(b))		00
7. **CREDITO A RECLAMAR** (Línea 5 ó 6, la que sea menor. Traslade al Anejo B Individuo, Parte II, línea 1)		00

LIMITACION: EL CREDITO NO PUEDE SER MAYOR QUE LA CONTRIBUCION PAGADA A LOS ESTADOS UNIDOS, SUS POSESIONES Y PAISES EXTRANJEROS.

Anejo E Individuo

Rev. 05.98

HACIENDA · GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPRECIACION

Año contributivo comenzado el ___ de_____ de ____ y terminado el ___ de_____ de ____

19__

Nombre del Contribuyente

Número de Seguro Social

1. Clase de propiedad (en caso de edificaciones, indique el tipo de material utilizado en la construcción).	2. Fecha de adquisición.	3. Costo u otra base (excluya el costo del terreno en el caso de depreciación corriente). En el caso de automóviles, la base no debe exceder de $25,000 por vehículo.	4. Depreciación concedida (o admisible) correspondiente a años anteriores.	5. Estimado de vida usado para computar depreciación.	6. Depreciación admisible o reclamada este año.
(a) Depreciación Corriente					
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
Total			00		00
(b) Depreciación Flexible					
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
Total			00		00
(c) Depreciación Acelerada					
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
Total			00		00
(d) Amortización de Mejoras					
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
Total			00		00

TOTAL: (Sume Total de líneas (a) a la (d) de la Columna 6. Traslade a los Anejos K, L, M y N Individuo, según aplique)..... 00

Anejo D Individuo

Rev. 05.98

HACIENDA · GOBIERNO DE PUERTO RICO

GANANCIAS Y PERDIDAS DE ACTIVOS DE CAPITAL

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Descripción de la Propiedad	(A) Fecha de Adquisición	(B) Fecha de Venta	(C) Precio de Venta	(D) Base Ajustada	(E) Gastos de Venta	(F) Ganancia o Pérdida (52)
Parte I	**Ganancias y Pérdidas de Activos de Capital a Corto Plazo (Poseídos por no más de 6 meses)**					
			00	00	00	00
			00	00	00	00
			00	00	00	00

1. Ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo	(01)	00
2. Ganancia neta de capital a corto plazo en fondos de inversiones (Someta Anejo Q1)	(02)	00
3. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo de Sucesiones o Fideicomisos	(03)	00
4. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo de Sociedades Especiales	(04)	00
5. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo de Corporación de Individuos	(05)	00
6. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo de Corporación Especial Propiedad de Trabajadores	(06)	00
7. Ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo atribuible a la inversión directa y no a través de un Fondo de Capital de Inversión (Someta detalle)	(07)	00
8. Pérdida neta de capital no utilizada en años anteriores (Someta anejo)	(08)	00
9. **Ganancia (o pérdida) neta de capital a corto plazo** (Sume líneas 1 a la 8)	(10)	00

Parte II	Ganancias y Pérdidas de Activos de Capital a Largo Plazo (Poseídos por más de 6 meses)					
			00	00	00	00
			00	00	00	00
			00	00	00	00

10. Ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo	(11)	00
11. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo de Sucesiones o Fideicomisos	(12)	00
12. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo de Sociedades Especiales	(13)	00
13. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo de Corporación de Individuos	(14)	00
14. Participación distribuible en la ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo de Corporación Especial Propiedad de Trabajadores	(15)	00
15. Ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo atribuible a la inversión directa y no a través de un Fondo de Capital de Inversión (Someta detalle)	(16)	00
16. Distribuciones en suma global de planes de pensiones cualificados por Hacienda (*Lump Sum Distributions*)	(17)	00
17. **Ganancia (o pérdida) neta de capital a largo plazo** (Sume líneas 10 a la 16)	(20)	00

Parte III — **Ganancias o Pérdidas Netas de Capital para la Determinación del Ingreso Bruto Ajustado**

18. Ganancia (o pérdida) neta de capital (Sume líneas 9 y 17)	(21)	00
19. Si la línea 18 es mayor de cero, anote aquí y en el Encasillado 2, línea 2 O de la planilla. Si la línea 18 incluye ganancias de capital a largo plazo, véanse instrucciones	(24)	00
20. Si la línea 18 es una pérdida neta, anote la menor de las siguientes cantidades aquí y en el Encasillado 2, línea 2 O de la planilla: a) La pérdida neta indicada en la línea 18, ó b) $1,000	(30)	00

Anejo D2
Rev. 05.98

CONTRIBUCION ESPECIAL SOBRE GANANCIAS NETAS DE CAPITAL A LARGO PLAZO

19__

Año contributivo comenzado el __ de _____ de 19__ y terminado el __ de _____ de 19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I — Cómputo de Contribución Especial Sobre Ganancias Netas de Capital a Largo Plazo (56)

1. Ingreso Bruto Ajustado (Encasillado 2, línea 5 de la planilla) ..... (01) 00

2. Menos:

   (a) Exceso de ganancia neta de capital a largo plazo sobre la pérdida neta de capital a corto plazo (Véanse instrucciones) .....(02) 00
   (b) Exceso de ganancia neta de capital a largo plazo sobre la pérdida neta de capital a corto plazo atribuibles a las inversiones en Fondo de Desarrollo Turístico y Fondo de Capital de Inversión (Encasillado 2, línea 2P de la planilla).....(03) 00
   (c) Exceso de ganancia neta de capital a largo plazo sobre la pérdida neta de capital a corto plazo atribuible a la venta de acciones de una corporación o sociedad elegible (Véanse instrucciones).....(04) 00
   (d) Total (Sume líneas 2(a) a la 2(c)) ..... (05) 00

3. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 1 menos línea 2(d)) ..... (06) 00

Nota: Compute nuevamente las deducciones por donativos y gastos médicos (si alguno), basándose en el ingreso bruto ajustado indicado en la línea 3 de este anejo. No altere ninguna de las cantidades ya establecidas en otros anejos.

4. Deducciones y exenciones:

   (a) Anote la mayor de la deducción fija o detallada (Recompute de ser necesario. Véanse instrucciones)..... (07) 00
   (b) Total deducciones adicionales (Encasillado 3, línea 9 de la planilla)..... (08) 00
   (c) Exención personal (Encasillado 3, línea 11 de la planilla)..... (09) 00
   (d) Total exención por dependientes (Encasillado 3, línea 12D de la planilla)..(10) 00
   (e) Total de deducciones y exenciones (Sume líneas 4(a) a la 4(d)) ..... (11) 00

5. Ingreso Neto Sujeto a Contribución (Línea 3 menos línea 4(e). Si es menos de cero, anote cero) .....(12) 00

6. Determine la contribución sobre el ingreso indicado en la línea 5 según las tablas contributivas y anótela aquí .....(13) 00

7. Multiplique línea 2(a) por 20% .....(14) 00

8. Multiplique línea 2(b) por 10% ..... (15) 00

9. Multiplique línea 2(c) por 7% .....(16) 00

10. **Contribución total bajo el método alterno** (Sume líneas 6 a la 9) ..... (17) 00

Parte II — Cómputo de la Contribución Regular sobre el Ingreso Neto Tributable Según la Planilla

11. Ingreso neto sujeto a contribución (Encasillado 3, línea 14 de la planilla) .....(18) 00

12. Contribución sobre la cantidad en la línea 11 según tablas contributivas ..... (19) 00

13. **Contribución determinada** (La menor de la línea 10 ó 12. Traslade a la página 2, Encasillado 4, línea 15 de la planilla y marque (X) Especial sobre ganancias de capital) .....(20) 00

Anejo D1
Rev. 05.98

VENTA O PERMUTA DE LA RESIDENCIA PRINCIPAL

19__

Año contributivo comenzado el __ de _____ de 19__ y terminado el __ de _____ de 19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I Cómputo de la Ganancia

1. Fecha de venta de la vieja residencia (día, mes, año) ..... / /
2. ¿Se utilizaron fondos de Cuenta de Retiro Individual (IRA) para adquirir la vieja residencia? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Sí", anote aquí y en la Parte V del Anejo F la cantidad de las aportaciones retiradas 00
3. ¿Compró o construyó una nueva residencia? Compró: ☐ Sí ☐ No Construyó: ☐ Sí ☐ No
   Si compró o construyó, anote fecha..... / /
4. Precio de venta de la vieja residencia (No incluya artículos de propiedad personal vendidos con su residencia) 00
5. Gastos de venta (Incluya comisiones en venta, anuncios, gastos legales, etc.) 00
6. Total realizado (Línea 4 menos línea 5)..... 00
7. Base ajustada de la residencia vendida (Véanse instrucciones)..... 00
8. Ganancia realizada en la venta (Línea 6 menos línea 7). Si es cero o menos, **anote cero** y no complete el resto del formulario. Si contestó "Sí" en la línea 3, continúe con la Parte II ó III, según corresponda. Si contestó "No" en la línea 3, continúe en la línea 9..... 00
9. Si no ha reemplazado su residencia, ¿tiene intención de hacerlo durante el período de reemplazo? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó "Sí", véanse instrucciones.
   Si contestó "No", continúe con la Parte II ó III, según corresponda.

Parte II Exclusión de Una Vez en la Vida para Contribuyentes de 60 Años o Más de Edad (Véanse instrucciones)

10. ¿Quién tiene 60 años o más a la fecha de la venta? ..... ☐ Contribuyente ☐ Cónyuge ☐ Ambos
11. Si el contribuyente o cónyuge tenía 60 años o más de edad, ¿poseyó o usó la propiedad vendida como residencia principal por un período mínimo de 3 años (excepto por cortas ausencias) durante el período de 5 años terminado en la fecha de la venta? Si contestó "No", pase a la Parte III..... ☐ Sí ☐ No
12. Si contestó "Sí" en la línea 11, ¿elige tomar la exclusión de una vez en la vida sobre la ganancia realizada en la venta?..... ☐ Sí ☐ No
13. A la fecha de la venta, la residencia pertenecía a: ..... ☐ Contribuyente ☐ Cónyuge ☐ Ambos
14. **Exclusión:** Anote lo menor de la línea 8 ó $50,000 ($25,000 en caso de casados que opten rendir por separado)..... 00

Parte III Precio Ajustado de Venta, Ganancia Tributable y Base Ajustada de la Nueva Residencia

15. Ganancia reconocida. Si la línea 14 es cero, anote aquí la cantidad de la línea 8. De lo contrario, reste la línea 14 de la línea 8 y anote aquí el resultado..... 00
    - Si la línea 15 es cero, no complete el resto del formulario e incluya el mismo con la planilla.
    - Si la línea 15 es mayor que cero y contestó "Sí" en la línea 3, continúe en la línea 16.
    - Si la línea 15 es mayor que cero y contestó "No" en la línea 9, anote la ganancia en la Parte I ó II del Anejo D Individuo, según aplique.
16. Gastos de reacondicionamiento de la vieja residencia (Véanse instrucciones)..... 00
17. Sume líneas 14 y 16 00
18. **Precio ajustado de venta** (Línea 6 menos línea 17)..... 00
19. (a) Anote la fecha en que ocupó la nueva residencia / / (b) Costo de la nueva residencia.. 00
20. Línea 18 menos línea 19(b). Si es cero o menos, **anote cero**..... 00
21. **Ganancia tributable** (Anote la menor de la línea 15 ó 20. Si el resultado es cero o menos, **anote cero**. Si es una ganancia, anótela en la Parte I ó II del Anejo D Individuo, según aplique)..... 00
22. Ganancia que se pospondrá (Línea 15 menos línea 21) 00
23. **Base ajustada de la nueva residencia** (Línea 19(b) menos línea 22) 00

Anejo G
Rev. 05.98

VENTA O PERMUTA DE LOS ACTIVOS DE UN NEGOCIO PROPIO

Año contributivo comenzado el __ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I Cuestionario

1. ¿Optó por posponer la ganancia de la venta del primer negocio propio? ☐ Sí ☐ No
   Año Contributivo
   Cantidad de ganancia diferida ____ 00
2. Base ajustada del nuevo negocio propio ____ 00
3. Durante este año, ¿vendió su negocio propio? ☐ Sí ☐ No
   - ◆ Si la respuesta es "Sí", continúe con el formulario.
   - ◆ Si contestó "No", no complete el resto del formulario e incluya el mismo con la planilla.
4. Fecha de venta del primer negocio propio (día, mes, año) ____ / / ____
5. (a) ¿Compró un nuevo negocio propio? ☐ Sí ☐ No (b) Si compró, anote fecha ____ / / ____

Parte II Cómputo de la Ganancia

6. Precio de venta del primer negocio propio ____ 00
7. Gastos de venta (Incluya comisiones en venta, anuncios, gastos legales, etc.) ____ 00
8. Total realizado (Línea 6 menos línea 7) ____ 00
9. Base ajustada del primer negocio propio (Véanse instrucciones) ____ 00
10. Ganancia realizada en la venta (Línea 8 menos línea 9). Si es cero o menos, **anote cero** y no complete el resto del formulario. Si contestó "Sí" en la línea 5, continúe con la Parte III.
    Si contestó "No" en la línea 5, continúe en la línea 11 ____ 00
11. Si no ha reemplazado su primer negocio propio, ¿tiene intención de hacerlo durante el período de reemplazo? ☐ Sí ☐ No
    Si contestó "Sí", véanse instrucciones.
    Si contestó "No", continúe con la Parte III, línea 12.

Parte III Precio Ajustado de Venta, Ganancia Tributable y Base Ajustada del Nuevo Negocio

12. Ganancia reconocida. Anote aquí la cantidad de la línea 10 ____ 00
    - ◆Si la línea 12 es cero, no complete el resto del formulario e incluya el mismo con la planilla.
    - ◆Si la línea 12 es mayor que cero y contestó "Sí" en la línea 5, continúe en la línea 13.
    - ◆Si la línea 12 es mayor que cero y contestó "No" en la línea 11, anote la ganancia en la Parte I ó II del Anejo D Individuo, según aplique.
13. Precio de venta del primer negocio propio (Anote la cantidad de la línea 6) ____ 00
14. (a) Anote la fecha en que adquirió el nuevo negocio propio ____ / / ____ (b) Costo del nuevo negocio propio. ____ 00
15. Comisiones y gastos de compra incurridos en el nuevo negocio propio ____ 00
16. Total reinvertido (Sume líneas 14 (b) y 15) ____ 00
17. Línea 13 menos línea 16. Si es cero o menos, **anote cero** ____ 00
18. **Ganancia tributable** (Anote la menor de la línea 12 ó 17. Si el resultado es cero o menos, **anote cero**. Si es una ganancia, anótela en la Parte I ó II del Anejo D Individuo, según aplique) ____ 00
19. Ganancia que se pospondrá (Línea 12 menos línea 18) ____ 00
20. **Base ajustada del nuevo negocio propio** (Línea 16 menos línea 19) ____ 00

Anejo F
Rev. 05.98

OTROS INGRESOS

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I Intereses (31)

Nombre de la persona que hizo el pago	Número de Cuenta	Columna A: Intereses elegibles sujetos a retención	Columna B: Intereses de instituciones financieras sujetos a retención	Columna C: Intereses de instituciones financieras no sujetos a retención	Columna D: Otros intereses
		00	00	00	00
		00	00	00	00
		00	00	00	00
		00	00	00	00
		00	00	00	00
		00	00	00	00
		00	00	00	00
		00	00	00	00

1. Subtotal de intereses..... (01)	00	(05) 00	(10) 00	(14) 00
2. Menos: Exclusión de intereses (Véanse instrucciones).....		(06) 00	(11) 00	
3. **Total de intereses**..... (02)	00	(07) 00	(12) 00	(15) 00
4. Sume línea 3, Columnas C y D.....				(16) 00
5. 17% de contribución de la línea 3, Columnas A y B (Anote en el Encasillado 4, línea 18 de la planilla).....(03)	00	(08) 00		
6. Contribución retenida (Someta Formulario 480.6B)..... (04)	00	(09) 00		
7. Total contribución retenida (Sume línea 6, Columnas A y B. Anote en el Anejo B Individuo, Parte III, línea 4).....(13)			00	
8. **Opción** para tributar los intereses de la Columna A y/o B como ingreso ordinario (Anote aquí línea 3, Columnas A y/o B).....(17)				00
9. **Total de intereses** (Sume líneas 4 y 8. Traslade al Encasillado 2, línea 2A de la planilla).....(20)				00

Parte II Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades (34)

Nombre y dirección de la persona que hizo el pago	Número de Cuenta	Columna A: Sujetos a retención	Columna B: No sujetos a retención
		00	00
		00	00
		00	00
		00	00
		00	00
		00	00
		00	00

Menos: Porción exenta de dividendos distribuidos bajo la Ley Núm. 26 de 1978		(00)
1. Total cantidad distribuida (Traslade el total de la Columna B al Encasillado 2, línea 2E de la planilla).....(01)	00	(04) 00
2. Contribución especial: 10% de la Columna A (Anote en el Encasillado 4, línea 19 de la planilla)..... (02)	00	
3. Contribución retenida (Someta Formulario 480.6B. Anote en el Anejo B Individuo, Parte III, línea 5) .....(03)	00	

NOTA: Si optó por incluir la distribución indicada en la Columna A como ingreso ordinario, no tome en cuenta la línea 2 y traslade el total de la línea 1, Columna A al Encasillado 2, línea 2D de la planilla.

Parte III Beneficios de Sociedades Especiales (SOMETA ANEJO R INDIVIDUO - VEANSE INSTRUCCIONES) 40

Nombre y dirección de la sociedad que hizo el pago	Número de Cuenta	Beneficios	
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
Total Beneficios (Traslade al Encasillado 2, línea 2B de la planilla).....(01)			00

Parte IV Beneficios de Corporaciones de Individuos

Nombre y dirección de la corporación que hizo el pago	Número de Cuenta	Beneficios o Pérdidas	
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
			00
Beneficio neto			00
Menos: Pérdidas de años anteriores (Acompañe Anejo)		(	00
Total Beneficios (Traslade al Encasillado 2, línea 2F de la planilla. Si es menos de cero, anote cero).....(03)			00

Parte V Ingresos Misceláneos

Nombre y dirección de la persona que hizo el pago	Número de Cuenta	Columna A Retiro de Cuenta IRA		Columna B Ingreso Misceláneo e Indemnización Judicial o Extrajudicial		Columna C Ingreso de Premios o Concursos	
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
			00		00		00
Total		(04)	00	(05)	00	(06)	00
Total ingresos misceláneos (Sume Total Columnas A a la C. Anote aquí y en el Encasillado 2, línea 2G de la planilla).....(10)							00

Anejo H
Rev. 05.98

INGRESO DE ANUALIDADES O PENSIONES

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Beneficiario de la pensión (marque uno): [ ] 1 Contribuyente [ ] 2 Cónyuge

35

Fecha en que comenzó a disfrutar la pensión: Día____Mes_____Año____

Pensión otorgada por (marque uno): [ ] 1 ELA [ ] 2 Federal [ ] 3 Patrono de empresa privada

Parte I — Determinación del Costo Pendiente de Recobro (Véanse instrucciones)

1. Costo de la anualidad (cantidad pagada). Si es cero, anote cero en la línea 10 y pase a la Parte II....	(01)		00
2. Pensión recibida en años anteriores.....	(02)		00
3. Menos:			
(a) Pensión tributada en años anteriores.....	(03)	00	
(b) Pensión recibida exenta de tributación en años anteriores	(04)	00	
4. Total (Sume líneas 3(a) y 3(b)).....	(05)		00
5. Costo de la pensión recobrado exento de tributación en años anteriores (Línea 2 menos línea 4).....	(06)		00
6. Costo de la pensión pendiente de recobro (Línea 1 menos línea 5).....	(07)		00

Parte II — Ingreso Sujeto a Tributación (Véanse instrucciones)

7. Importe total recibido en el año.....	(08)		00
8. Cantidad exenta de tributación (Si tiene 60 años o más de edad, someta copia del certificado de nacimiento).....	(09)		00
9. Ingreso de pensión menos la cantidad exenta (Línea 7 menos línea 8. Si es menos de cero, pase a la línea 13).....	(10)		00
10. Costo de la pensión pendiente de recobro (Igual a la línea 6).....	(11)		00
11. Ingreso de pensión en exceso al costo pendiente de recobro (Línea 9 menos línea 10).....	(12)		00
12. **Ingreso de pensión tributable** (Anote aquí el importe de la línea 11 ó el 3% de la línea 1, lo que sea mayor (pero no mayor que el importe de la línea 9). Anote esta cantidad en el Encasillado 2, línea 2 I de la Forma Larga o en el Encasillado 2, línea 3 de la Forma Corta).....	(13)		00
13. Contribución retenida sobre anualidad o pensión para el año contributivo (Anote esta cantidad en el Encasillado 4, línea 25B de la Forma Larga o en el Encasillado 4, línea 14B de la Forma Corta).....	(14)		00

Anejo J
Rev. 05.98

HACIENDA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

GASTOS MEDICOS Y DONATIVOS

Año contributivo comenzado el __ de _____ de 19__ y terminado el __ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Nombre y dirección de persona o institución a quien se hizo el pago 46	(A) Gastos Médicos	(B) Otros Donativos	(C) Donativos a Municipios
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
	00	00	00
1. Totalice Columnas A, B y C ..... (01)	00	(05) 00	(10) 00
2. Multiplique el total de los gastos médicos por 50% y anótelo aquí..... (02)	00		
3. Multiplique el ingreso bruto ajustado (Encasillado 2, línea 5 de la planilla) por 3% y anótelo aquí (Véanse inst.) (03)	00	06) 00	
4. Deducción admisible por gastos médicos (Línea 2 menos línea 3A.Anote aquí y en el Anejo A Individuo, Parte I,línea 7)(04)	00		
5. Deducción por otros donativos (Línea 1B menos línea 3B).....(07)		00	
6. Multiplique el ingreso bruto ajustado (Encasillado 2, línea 5 de la planilla) por 15% y anótelo aquí (Límite).....(08)		00	
7. Deducción admisible por otros donativos (Anote la menor de las líneas 5 y 6).....(09)		00	
8. Total deducción admisible por donativos (Sume líneas 1C y 7. Anote aquí y en el Anejo A Individuo, Parte I, línea 8) .....(20)			00

Anejo I
Rev. 05.98

GASTOS ORDINARIOS Y NECESARIOS

Año contributivo comenzado el __ de _____ de 19__ y terminado el __ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I **Detalle de Gastos (Véanse instrucciones)** 58

1. Comidas y entretenimiento			
A. Total de gastos incurridos o pagados	(01)		00
B. Reembolso de gastos (comidas y entretenimiento)	(02)		00
C. Diferencia (Si la línea 1B excede la línea 1A, anote el exceso aquí y en el Anejo F, Parte V)	(03)		00
D. Si la línea 1A excede la línea 1B, **véanse instrucciones**	(04)		00
2. Otros gastos			
A. Costo y mantenimiento de uniformes	(11)	00	
B. Cuotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionales	(12)	00	
C. Compra de materiales didácticos por educadores	(13)	00	
D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio	(14)	00	
E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio	(15)	00	
F. Depreciación (Parte II de este Anejo)	(16)	00	
G. Otros gastos de la profesión u oficio	(17)	00	
H. Total otros gastos (Sume líneas 2A a la 2G. Anote el total aquí)	(18)		00
I. Reembolso de otros gastos	(19)		00
J. Diferencia (Si la cantidad en la línea 2 I excede la cantidad de la línea 2H, anote el exceso aquí y en el Anejo F, Parte V. De lo contrario, pase a la línea 2K)	(20)		00
K. Si la línea 2H excede la cantidad en la línea 2 I, anote el exceso en esta línea	(30)		00
3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume líneas 1D y 2K. Anote la cantidad en esta línea)	(31)		00
4. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 1B de la Forma Larga o de la Forma Corta)	(32)		00
5. Salarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 1C de la Forma Larga o del Encasillado 2, línea 2 de la Forma Corta)	(33)		00
6. Total salarios (Sume líneas 4 y 5)	(34)		00
7. Multiplique la línea 6 por 3% y anote aquí	(35)		00
8. **Deducción por gastos ordinarios y necesarios** (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 7E de la Forma Corta o en el Anejo A Individuo, Parte II, línea 5 la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, ó hasta el límite de $1,500 ($750 si es casado que rinde planilla separada))	(40)		00

Parte II **Detalle de la Depreciación** 59

1. Clase de propiedad (En caso de edificaciones, indique el material utilizado en la construcción).	2. Fecha de adquisición	3. Costo u otra base (excluya el costo del terreno en el caso de depreciación corriente). En el caso de automóviles, la base no deberá exceder de $25,000 por vehículo.	4. Depreciación reclamada en años anteriores.	5. Estimado de vida utilizado para computar la depreciación.	6. Depreciación reclamada este año.
Depreciación corriente					
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
		00	00		00
Total (Traslade esta cantidad a la Parte I, línea 2F de este Anejo).....(10)					00

Anejo K Individuo

Rev. 05.98

HACIENDA GOBIERNO DE PUERTO RICO

INGRESO DE INDUSTRIA O NEGOCIO

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I

65

Ingreso de Industria o Negocio (marque uno): Contribuyente ☐ 1 Cónyuge ☐ 2

Fecha de comienzo de operaciones: Día____ Mes____ Año____

Número de Identificación Patronal

Número de caso o concesión

Localización de la Industria o Negocio - Número, Calle y Pueblo

Totalmente Tributable ☐ (01)

Parcialmente Exenta:

- Ley Núm. 26 de 1978 ☐ (02)
- Ley Núm. 8 de 1987 ☐ (03)
- Ley Núm. 78 de 1993 ☐ (04)
- Ley Núm. 14 de 1996 ☐ (05)

Clave Industrial	Naturaleza de la industria o negocio (Ej.hotel, renta de equipo, etc.)	Número de empleados

Parte II Determinación de Ganancia o Pérdida

71

1. Ventas netas	(01)		00
2. Costo de ventas o costos directos de producción:			
a) Inventario inicial	(02)	00	
b) Más: Compras	(03)	00	
c) Jornales directos	(04)	00	
d) Otros costos directos	(05)	00	
e) **Total** (Sume líneas 2(a) a la 2(d))	(06)	00	
f) Menos: Inventario final	(07)	00	
g) TOTAL COSTO DE VENTAS (Línea 2(e) menos línea 2(f))	(08)		00
3. Ingreso bruto (Línea 1 menos línea 2(g))	(09)		00
4. **Menos:** Gastos de operación y otros costos (Informe detalle en Parte III)	(10)		00
5. Ingreso neto	(11)		00
6. **Menos**: Pérdida neta en operaciones de años anteriores (Acompañe anejo, véanse instrucciones)	(12)		00
7. Ingreso neto ajustado	(13)		00
8. **Menos:** Cantidad exenta _____% de la línea 7 (Véanse instrucciones)	(14)		00
9. **Beneficio (o pérdida)** (Si es un beneficio, traslade el total a la página 1, Encasillado 2, línea 2K de la planilla. Si es una pérdida, véanse instrucciones)	(20)		00

Parte III Gastos de Operación y Otros Costos

81

1. Salarios, comisiones y bonificaciones a empleados	(01)	00
2. Comisiones a negocios	(02)	00
3. Gastos de nómina	(03)	00
4. Aportación a planes de pensiones	(04)	00
5. Aportación a planes de ingreso diferido	(05)	00
6. Seguro médico o de hospitalización	(06)	00
7. Intereses sobre deudas del negocio	(07)	00
8. Renta pagada	(08)	00
9. Contribuciones sobre la propiedad	(09)	00
10. Otras contribuciones, patentes y licencias	(10)	00
11. Reparaciones	(11)	00
12. Gastos de vehículos de motor	(12)	00
13. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, etc.)	(13)	00
14. Seguros	(14)	00
15. Anuncios	(15)	00
16. Gastos de viajes	(16)	00
17. Gastos de comida y entretenimiento (Total gastos)$_____ (Véanse instrucciones)	(17)	00
18. Servicios profesionales	(18)	00
19. Materiales y efectos	(19)	00
20. Depreciación y amortización (Someta Anejo E Individuo)	(20)	00
21. Deudas incobrables	(21)	00
22. Otros gastos (Someta anejo detallado)	(22)	00
23. **Total** (Traslade a Parte II, línea 4 de este Anejo)	(30)	00

Anejo L Individuo
Rev. 05.98

INGRESO DE AGRICULTURA

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I 66

Ingreso de Agricultura (marque uno): Contribuyente [ ] 1 Cónyuge [ ] 2

Fecha de comienzo de operaciones: Día___ Mes___ Año___

Número de Identificación Patronal

Localización del Negocio Agrícola - Número, Calle y Pueblo

EXENTO: Ley Núm. 225 de 1995 [ ] (01) Sección 1023(s) del Código [ ] (02)

Clave Industrial

Naturaleza del negocio agrícola (Ej. vaquería, crianza de pollos, etc.)

Número de empleados

Parte II **Determinación de Ganancia o Pérdida** 73

1. Ventas netas	(01)		00
2. Otros ingresos relacionados con la agricultura	(02)		00
3. Total ingresos (Sume líneas 1 y 2)	(03)		00
4. Costo de ventas o costos directos de producción:			
a) Inventario inicial	(04)	00	
b) Más: Compras	(05)	00	
c) Jornales directos	(06)	00	
d) Otros costos directos	(07)	00	
e) **Total** (Sume líneas 4(a) a la 4(d))	(08)	00	
f) Menos: Inventario final	(09)	00	
g) TOTAL COSTO DE VENTAS (Línea 4(e) menos línea 4(f))	(10)		00
5. Ingreso bruto (Línea 3 menos línea 4(g))	(11)		00
6. **Menos**: Gastos de operación y otros costos (Informe detalle en Parte III)	(12)		00
7. Ingreso neto	(13)		00
8. **Menos**: Pérdida neta en operaciones de años anteriores (Acompañe anejo, véanse instrucciones)	(14)		00
9. Ingreso neto ajustado	(15)		00
10. **Menos**: Cantidad exenta (90% de la línea 9)	(16)		00
11. **Beneficio (o pérdida)** (Si es un beneficio, traslade el total a la página 1, Encasillado 2, línea 2L de la planilla. Si es una pérdida, véanse instrucciones)	(20)		00

Parte III **Gastos de Operación y Otros Costos** 83

1. Salarios, comisiones y bonificaciones a empleados	(01)		00
2. Comisiones a negocios	(02)		00
3. Gastos de nómina	(03)		00
4. Aportación a planes de pensiones	(04)		00
5. Aportación a planes de ingreso diferido	(05)		00
6. Seguro médico o de hospitalización	(06)		00
7. Intereses sobre deudas del negocio	(07)		00
8. Renta pagada	(08)		00
9. Contribuciones sobre la propiedad	(09)		00
10. Otras contribuciones, patentes y licencias	(10)		00
11. Reparaciones	(11)		00
12. Gastos de vehículos de motor	(12)		00
13. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, etc.)	(13)		00
14. Seguros	(14)		00
15. Anuncios	(15)		00
16. Gastos de viajes	(16)		00
17. Gastos de comida y entretenimiento (Total gastos)$_____ (Véanse instrucciones)	(17)		00
18. Servicios profesionales	(18)		00
19. Materiales y efectos	(19)		00
20. Depreciación y amortización (Someta Anejo E Individuo)	(20)		00
21. Deudas incobrables	(21)		00
22. Otros gastos (Someta anejo detallado)	(22)		00
23. **Total** (Traslade a Parte II, línea 6 de este Anejo)	(30)		00

Anejo M Individuo
Rev. 05.98

INGRESO DE PROFESIONES Y COMISIONES

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I

67 (Deberá llenar un anejo por cada fuente de ingreso)

Ingreso proveniente de (marque uno): ☐ 1 Contribuyente ☐ 2 Cónyuge

Marque uno: ☐ 3 Profesiones ☐ 4 Comisiones

Número de Identificación Patronal	Localización de la Oficina Principal - Número, Calle y Pueblo	Fecha de comienzo de operaciones: Día____ Mes____ Año____
Clave Industrial	Naturaleza de la profesión (Ej. abogado, contador, comisionista, etc.)	Número de empleados

Parte II Determinación de Ganancia o Pérdida

75

1. Ingresos	(01)		00
2. **Menos**: Gastos de operación y otros costos (Informe detalle en Parte III)	(10)		00
3. Ingreso neto	(11)		00
4. **Menos**: Pérdida neta en operaciones de años anteriores (Acompañe anejo, véanse instrucciones)	(12)		00
5. **Ganancia (o pérdida)** (Si es una ganancia, traslade el total a la página 1, Encasillado 2, línea 2M de la planilla. Si es una pérdida, véanse instrucciones)	(20)		00

Parte III Gastos de Operación y Otros Costos

85

1. Salarios, comisiones y bonificaciones a empleados	(01)		00
2. Comisiones a negocios	(02)		00
3. Gastos de nómina	(03)		00
4. Aportación a planes de pensiones	(04)		00
5. Aportación a planes de ingreso diferido	(05)		00
6. Seguro médico o de hospitalización	(06)		00
7. Intereses sobre deudas del negocio	(07)		00
8. Renta pagada	(08)		00
9. Contribuciones sobre la propiedad	(09)		00
10. Otras contribuciones, patentes y licencias	(10)		00
11. Reparaciones	(11)		00
12. Gastos de vehículos de motor	(12)		00
13. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, etc.)	(13)		00
14. Seguros	(14)		00
15. Anuncios	(15)		00
16. Gastos de viajes	(16)		00
17. Gastos de comida y entretenimiento (Total gastos)$_____ (Véanse instrucciones)	(17)		00
18. Servicios profesionales	(18)		00
19. Materiales y efectos	(19)		00
20. Depreciación y amortización (Someta Anejo E Individuo)	(20)		00
21. Deudas incobrables	(21)		00
22. Otros gastos (Someta anejo detallado)	(22)		00
23. **Total** (Traslade a la Parte II, línea 2 de este Anejo)	(30)		00

Anejo N Individuo

Rev. 05.98

HACIENDA · GOBIERNO DE PUERTO RICO

INGRESO DE RENTAS

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I

68

Ingreso de Rentas (marque uno): Contribuyente ☐ 1 Cónyuge ☐ 2

Localización de la propiedad rentada - Número, Calle y Pueblo

Totalmente Tributable ☐ (01)
Parcialmente Exenta:
Ley Núm. 78 de 1993 ☐ (02)
Ley Núm. 52 de 1983 ☐ (03)
Ley 8 de 1987 ☐ (04)

Naturaleza de la propiedad rentada (Ej. residencia, apartamento, etc.)

Número de caso o concesión

Número de empleados

Parte II Determinación de Ganancia o Pérdida

77

1. Ingresos	(01)		00
2. **Menos**: Gastos de operación y otros costos (Informe detalle en Parte III)	(10)		00
3. Ingreso neto	(11)		00
4. **Menos**: Pérdida neta en operaciones de años anteriores (Acompañe anejo, véanse instrucciones)	(12)		00
5. Ingreso neto ajustado	(13)		00
6. **Menos:** Cantidad exenta _____ % de la línea 5 (Véanse instrucciones)	(14)		00
7. **Ganancia (o pérdida)** (Si es una ganancia, traslade el total a la página 1, Encasillado 2, línea 2N de la planilla. Si es una pérdida, véanse instrucciones.)	(20)		00

Parte III Gastos de Operación y Otros Costos

87

1. Salarios, comisiones y bonificaciones a empleados	(01)		00
2. Gastos de nómina	(02)		00
3. Aportación a planes de pensiones	(03)		00
4. Aportación a planes de ingreso diferido	(04)		00
5. Seguro médico o de hospitalización	(05)		00
6. Intereses sobre deudas del negocio	(06)		00
7. Contribuciones sobre la propiedad	(07)		00
8. Otras contribuciones, patentes y licencias	(08)		00
9. Reparaciones	(09)		00
10. Gastos de vehículos de motor	(10)		00
11. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, etc.)	(11)		00
12. Seguros	(12)		00
13. Anuncios	(13)		00
14. Gastos de viajes	(14)		00
15. Servicios profesionales	(15)		00
16. Mantenimiento	(16)		00
17. Depreciación y amortización (Someta Anejo E Individuo)	(17)		00
18. Otros gastos (Someta anejo detallado)	(18)		00
19. **Total** (Traslade a la Parte II, línea 2 de este Anejo)	(30)		00

Anejo O Individuo
Rev. 05.98

HACIENDA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

CONTRIBUCION BASICA ALTERNA

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

1. Ingreso Bruto Ajustado (Anote la cantidad del Encasillado 2, línea 5 de la planilla)..... 00

2. Menos :
   (a) Gastos ordinarios y necesarios..... 00
   (b) Ganancia de capital a largo plazo..... 00
   (c) Total 00

3. Ingreso Bruto Ajustado para fines de la Contribución Básica Alterna (Línea 1 menos línea 2(c))..... 00

4. Contribución Regular (La suma de las líneas 15 y 16 del Encasillado 4 de la planilla, o la suma de la contribución determinada en la línea 6 del Anejo D2, si aplica, y la línea 16 del Encasillado 4 de la planilla)..... 00

5. Determine la Contribución Básica Alterna como sigue:

   Si el Ingreso Bruto Ajustado (línea 3) es:

   (a) De $75,000 a $125,000 ($37,500 a $62,500, si es casado que rinde planilla separada), multiplique la línea 3 por 10%.
   (b) En exceso de $125,000 pero no mayor de $175,000 (en exceso de $62,500 pero no mayor de $87,500, si es casado que rinde planilla separada), multiplique la línea 3 por 15%.
   (c) En exceso de $175,000 (en exceso de $87,500, si es casado que rinde planilla separada), multiplique la línea 3 por 20%.

   Esta es su Contribución Básica Alterna (Anote la cantidad correspondiente en esta línea)..... 00

6. Exceso de la Contribución Básica Alterna sobre la Contribución Regular (Línea 5 menos línea 4. Si la línea 4 es mayor que la línea 5, **anote cero.** Si la línea 5 es mayor que la línea 4, anote aquí la diferencia y traslade al Encasillado 4, línea 17 de la planilla)..... 00

Anejo P Individuo
Rev. 05.98

AJUSTE GRADUAL

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente	Número de Seguro Social

1. Ingreso Neto Sujeto a Contribución (Encasillado 3, línea 14 de la planilla o el ingreso neto tributable del Anejo D2, línea 5)		00
2. Anote $75,000 ($37,500, si es casado que rinde planilla separada)		00
3. Línea 1 menos línea 2		00
4. 5% de la línea 3		00
5. Límite :		
(a) Anote $6,000 ($3,000, si es casado que rinde planilla separada).....	00	
(b) Más: 33% de la exención personal y exención por dependientes (Línea 11 y línea 12D del Encasillado 3 de la planilla).....	00	
6. Total límite (Sume líneas 5(a) y 5(b)).....		00
7. Ajuste gradual (La menor de la línea 4 ó 6. Anote aquí y en el Encasillado 4, línea 16 de la planilla)		00

Anejo CH
Rev. 05.98

CESION DE RECLAMACION DE EXENCION POR HIJO(S) DE PADRES DIVORCIADOS O SEPARADOS

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del padre que reclama la exención	Número de Seguro Social

Parte I — Cesión de Reclamación de Exención por Dependientes para el Año Corriente (Véanse instrucciones)

Yo, _____, consiento a no reclamar la exención por
Nombre del padre que cede la reclamación de la exención

dependientes para el año contributivo 19___ por (anote el nombre del(los) hijo(s)):

(1)_____
(2)_____
(3)_____
(4)_____
(5)_____

_____ Firma del padre que cede la reclamación de la exención
_____ Núm. Seguro Social
_____ Fecha

Si decide no reclamar exención por este(estos) hijo(s) para años posteriores, complete la Parte II.

Parte II — Cesión de Reclamación de Exención por Dependientes para Años Futuros (Véanse instrucciones)

Yo, _____, consiento a no reclamar la exención por
Nombre del padre que cede la reclamación de la exención

dependientes para el(los) año(s) contributivo(s) _____ por (anote el nombre del(los) hijo(s)):
(Especifique)

(1)_____
(2)_____
(3)_____
(4)_____
(5)_____

_____ Firma del padre que cede la reclamación de la exención
_____ Núm. Seguro Social
_____ Fecha

Anejo R Individuo
Rev. 05.98

SOCIEDAD ESPECIAL

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del contribuyente

Número de Seguro Social

Parte I Determinación de la Base Ajustada del Socio de una o más Sociedades Especiales	Columna A	Columna B	Columna C
Nombre de la entidad			
Número de identificación patronal			
1. Base ajustada al cierre del año contributivo anterior	00	00	00
2. Aumento a la base:			
(a) Participación distribuible del socio en ingresos y ganancias reclamada el año anterior (Ver instruc.)	00	00	00
(b) Aportaciones efectuadas durante el año	00	00	00
(c) Ganancias en activos de capital provenientes de la sociedad especial	00	00	00
(d) Ingreso exento	00	00	00
(e) Deducción de ingreso de agricultura concedida por la Sección 1023(s) del Código	00	00	00
(f) Otros ingresos o ganancias (Véanse instrucciones)	00	00	00
(g) Total aumento a la base (Sume líneas 2(a) a la 2(f))	00	00	00
3. Reducción a la base:			
(a) Participación distribuible del socio en la pérdida de la sociedad reclamada en el año anterior	00	00	00
(b) Pérdida en activos de capital provenientes de la sociedad especial	00	00	00
(c) Distribuciones en el año	00	00	00
(d) Créditos reclamados en el año anterior (Véanse instrucciones)	00	00	00
(e) Retención en el origen en el año	00	00	00
(f) Gastos no admisibles en el año	00	00	00
(g) Participación distribuible en pérdidas de operaciones exentas en el año	00	00	00
(h) Total reducción a la base (Sume líneas 3(a) a la 3(g))	00	00	00
4. **Base Ajustada** (Sume líneas 1 y 2(g) menos línea 3(h). Traslade esta cantidad a la línea 6(a))	00	00	00

Parte II Determinación de Pérdidas Deducibles por un Socio en una o más Sociedades Especiales			
5. (a) Participación distribuible del socio en la pérdida de la sociedad en el año	00	00	00
(b) Pérdidas arrastradas de años anteriores (Véanse instrucciones)	00	00	00
(c) Total de pérdidas (Sume líneas 5(a) y 5(b))	00	00	00
6. (a) Base Ajustada (Parte I, línea 4)	00	00	00
(b) Deudas de la sociedad acogida a la Ley de Incentivos Turísticos o Ley de Desarrollo Turístico asignables al socio	00	00	00
(c) Total de base ajustada del socio (Sume líneas 6(a) y 6(b))	00	00	00
7. Participación distribuible en el ingreso neto de la sociedad en el año (Véanse instrucciones)	00	00	00
8. Exceso de ingreso (o pérdida) neto en la participación distribuible (Línea 7 menos línea 5(c))	00	00	00
▪ Si la línea 8 es cero o mayor que cero, no complete el resto del formulario (Traslade esta cantidad al Anejo F, Parte III).			
▪ Si la línea 8 es menor que cero, continúe con la línea 9.			
9. Pérdidas disponibles (La menor de la línea 6(c) y 8)	00	00	00
10. Total de pérdidas (Sume las pérdidas determinadas en la línea 9, Columnas A a la C)			00
11. Ingreso neto del socio sin considerar las pérdidas de sociedades especiales (Véanse instrucciones)			00
12. 50% de la línea 11			00
13. **Pérdida Deducible** (La menor de la línea 10 ó 12. Anote esta cantidad en el Encasillado 2, línea 2C de la planilla)			00
14. Pérdida a arrastrar para el próximo año (Línea 5(c) menos la suma de las líneas 7 y 13)			00

Anejo CV
Rev. 05.98

ANALISIS DE COSTO DE VIDA

Año contributivo comenzado el ___ de _____ de 19__ y terminado el ___ de _____ de 19__

19__

Nombre del Contribuyente:	Número de Seguro Social del Contribuyente:
Nombre del Cónyuge:	Número de Seguro Social del Cónyuge:
Dirección Residencia Principal:	Profesión del Contribuyente:
	Profesión del Cónyuge:
Dirección Segunda Residencia:	Número de Dependientes:
	Número de Automóviles:

ENTRADAS DE EFECTIVO	Contribuyente	Cónyuge	Total
1. Salario Bruto	00	00	00
2. Menos retenciones por:			
(a) Seguro Social	00	00	00
(b) Medicare	00	00	00
(c) Contribución sobre ingresos	00	00	00
(d) Aportación a planes de retiro	00	00	00
(e) Aportación a cuenta de retiro individual	00	00	00
(f) Plan médico	00	00	00
(g) Préstamos	00	00	00
(h) Otras retenciones a través de nómina	00	00	00
(i) Total (Sume líneas 2(a) a la 2(h))	00	00	00
3. Salario Neto (Línea 1 menos línea 2(i))	00	00	00
4. Otras Entradas de Efectivo:			
(a) Intereses	00	00	00
(b) Dividendos	00	00	00
(c) Distribuciones de sociedades regulares y especiales	00	00	00
(d) Pensión de retiro gubernamental o privada	00	00	00
(e) Pensión alimentaria (ex cónyuge o hijos)	00	00	00
(f) Ingreso neto de industria, profesión, renta, etc.	00	00	00
(g) Ingresos exentos	00	00	00
(h) Réditos de préstamos o tarjetas de crédito	00	00	00
(i) Líneas de crédito	00	00	00
(j) Otras entradas de efectivo	00	00	00
5. Total Otras Entradas de Efectivo (Sume líneas 4(a) a la 4(j))	00	00	00
6. Total de Entradas de Efectivo (Sume líneas 3 y 5)	00	00	00

CONSERVE EN SUS RECORDS

NO ENVIE ESTE ANEJO CON SU PLANILLA

DESEMBOLSOS DE EFECTIVO

Primera y segunda hipoteca residencia principal		00
Primera y segunda hipoteca segunda residencia		00
Contribución sobre la propiedad residencia principal		00
Contribución sobre la propiedad segunda residencia		00
Pago de renta (alquiler) primera residencia		00
Energía eléctrica, gas		00
Agua		00
Teléfono, celular, *beeper*		00
Cable TV		00
Limpieza del hogar		00
Reparaciones del hogar no cubiertas por seguro		00
Efectos y accesorios del hogar		00
Cuotas de mantenimiento de condominio o residencia		00
Compra de alimentos para el hogar		00
Comidas fuera del hogar (restaurante y otros)		00
Lavandería fuera del hogar		00
Gastos de cuido de hijos y otros dependientes		00
Pagos de matrícula y mensualidades de escuelas y universidades		00
Gastos de libros y material educativo		00
Pagos de pensión alimentaria a ex cónyuge e hijos		00
Ropa y accesorios para los miembros de la familia		00
Mantenimiento de jardín		00
Mantenimiento de piscina		00
Mantenimiento de auto, tablilla, gasolina, peaje, etc.		00
Reparaciones de auto no cubiertas por seguro		00
Mantenimiento de bote, tablilla, gasolina, etc.		00
Reparaciones de bote no cubiertas por seguro		00
Seguros de vida, propiedad, auto, bote, médico, etc.		00
Gastos médicos no cubiertos por seguro, deducibles y medicinas		00
Aportaciones a Cuentas de Retiro Individual y Plan KEOGH		00
Aportaciones al Seguro Social, si trabaja por cuenta propia		00
Aportaciones al Medicare, si trabaja por cuenta propia		00
Cuotas de asociaciones y subscripciones		00
Pagos al especialista de planillas		00
Vacaciones en y fuera de Puerto Rico		00
Compra de joyería		00
Donativos		00
Préstamos personales		00
Préstamos estudiantiles		00
Préstamos de auto		00
Préstamos de bote		00
Pagos a tarjetas de crédito		00
Auto, bote y residencia adquirida en efectivo durante el año		00
Contribución sobre ingresos pagada con la planilla		00
Contribución estimada pagada durante el año		00
Inversiones adquiridas durante el año (acciones, bonos, etc.)		00
Otros desembolsos (Prepare anejo detallado)		00
7. Total de Desembolsos		00
8. Sobrante (o Déficit) de Efectivo (Línea 6 menos línea 7)		00

Formulario **480-E**
Form
Rev. 05.98

HACIENDA · GOBIERNO DE PUERTO RICO

DECLARACION DE CONTRIBUCION ESTIMADA

ESTIMATED TAX DECLARATION

PARA USO OFICIAL
FOR OFFICIAL USE

Número de Serie
Serial Number

Número de Seguro Social o Identificación Patronal - Social Security Number or Employer's Identification Number

☐ **Declaración Original**
Original Declaration

☐ **DECLARACION ENMENDADA**
Amended Declaration

☐ **Individuo**
Individual

☐ **Sociedad**
Partnership

☐ **Corporación**
Corporation

Año que termina en
Taxable year ending on

Día Day	**Mes** Month	**Año** Year

Nombre y dirección del contribuyente - Taxpayer's name and address

Sello de Recibo
Receipt Stamp

1. **Total Contribución Estimada** Total Estimated Tax		00
2. **Crédito Estimado por Cantidades Retenidas** Estimated Credit for Amounts Withheld		00
3. **Contribución Estimada Ajustada** (Línea 1 menos línea 2) Adjusted Estimated Tax (Subtract line 2 from line 1)		00
4. **Crédito por Contribución Pagada en Exceso** Credit for Tax Paid in Excess		00
5. **Contribución Estimada a Pagar (Línea 3 menos línea 4)** Estimated Tax to be Paid (Subtract line 4 from line 3)		00
6. **Importe de cada Plazo** Amount of each Installment		00
7. **Crédito por Contribución Pagada en Exceso No Reclamado en línea 4** Credit for Tax Paid in Excess not Claimed on line 4		00

8. **Balance a Pagar:** Balance to be paid:	(a)	**Primer Plazo** First Installment		00
	(b)	**Segundo Plazo** Second Installment		00
	(c)	**Tercer Plazo** Third Installment		00
	(d)	**Cuarto Plazo** Fourth Installment		00

JURAMENTO - OATH

Declaro bajo penalidad de perjurio que esta declaración ha sido examinada por mí y que según mi mejor información y creencia es cierta, correcta y completa.

I hereby declare under penalty of perjury that this declaration has been examined by me and to the best of my knowledge and belief is true, correct and complete.

_____
Firma del Contribuyente o Representante Autorizado
Taxpayer's or Duly Authorized Agent's Signature

_____
Título - Title

Fecha - Date _____

Período de Conservación: Diez (10) años - Conservation Period: Ten (10) years

Modelo SC 2898
Form
Rev 05.98

DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY
Sección de Administración de Cuentas - Accounts Management Section
PO BOX 9022501
SAN JUAN PR 00902-2501

CAMBIO DE DIRECCION - CHANGE OF ADDRESS

INSTRUCCIONES: Complete las líneas 1 a la 11. Favor de escribir en letra de MOLDE toda la información, excepto la línea 10.
INSTRUCTIONS: Complete lines 1 through 11. Please PRINT all information, except line 10.

1. Marque: ☐ Dirección Postal - Postal Address
Check: ☐ Dirección Residencial - Home Address

2. El cambio de dirección es para (Marque uno): ☐ Individuo - Individual
Change of address is for (Check one): ☐ Negocio - Business
☐ Corp. o Soc. - Corp. or Partnership

3. Número de Seguro Social o Número de Identificación Patronal:
Social Security Number or Employer's Identification Number:

4. Nombre del Contribuyente (deje un espacio en blanco entre cada nombre)
Taxpayer's Name (leave a blank space between names)

5. Nombre de la persona que somete el cambio de dirección (deje un espacio en blanco entre cada nombre)
Name of the person submitting the change of address (leave a blank space between names)

6. Dirección Postal
Postal Address

Condominio o Urbanización - Condominium or Urbanization
PO BOX _____
RR_____ BOX_____
HC_____ BOX_____

Número y Calle - Number and Street
Apt _____
Suite_____

Municipio o Ciudad - Municipality or City | País - Country | Código Postal - Zip Code/+ 4

7. Dirección Residencial
Home Address

Condominio o Urbanización - Condominium or Urbanization

Número y Calle - Number and Street
Apt _____
Suite_____

Municipio o Ciudad - Municipality or City | País - Country | Código Postal - Zip Code/+ 4

8. Teléfono de Residencia
Home Telephone No.

9. Teléfono de Oficina
Office Telephone No.

10. Firma - Signature

11. Fecha - Date

12. Iniciador

13. Fecha de entrada

14. Iniciales