Formulario
Form **499R-2/W-2PR**
Rev. 08.15

222

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name

Apellido(s) - Surname(s)

Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address

2. Nombre y Dirección Postal del Patrono
Employer's Name and Mailing Address

Número de Teléfono del Patrono
Employer's Telephone Number

Fecha Cese de Operaciones: Día / Mes / Año
Cease of Operations Date: Day _____ Month _____ Year _____

Número Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

Número Control - Control Number

3. Núm. Seguro Social
Social Security No.

4. Núm. de Ident. Patronal
Employer Ident. No. (EIN)

5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage

6. Donativos
Charitable Contributions

Patrono: - Employer:

- Envíe a: - Send to:
  Social Security Administration
  Data Operations Center
  Wilkes-Barre, PA 18769-0001
  Con la
  With the W-3PR
- Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente
  Send to Department of the Treasury electronically
  (www.hacienda.pr.gov)
- Entregue dos copias al empleado
  Deliver two copies to employee
- Conserve copia para sus récords
  Keep copy for your records

Año:
Year: **2015**

Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION

7. Sueldos - Wages

8. Comisiones - Commissions

9. Concesiones - Allowances

10. Propinas - Tips

11. Total = 7 + 8 + 9 + 10

12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales
Reimb. Expenses and Fringe Benefits

13. Cont. Retenida - Tax Withheld

14. Fondo de Retiro Gubernamental
Governmental Retirement Fund

15. Aportaciones a Planes Cualific.
Contributions to CODA PLANS

16. Salarios Exentos (Ver instrucciones)
Exempt Salaries (See instructions)

16A. Código de Salarios Exentos
Exempt Salaries Code

16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program

INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL
SOCIAL SECURITY INFORMATION

17. Total Sueldos Seguro Social
Social Security Wages

18. Seguro Social Retenido
Social Security Tax Withheld

19. Total Sueldos y Pro. Medicare
Medicare Wages and Tips

20. Contrib. Medicare Retenida
Medicare Tax Withheld

21. Propinas Seguro Social
Social Security Tips

22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips

23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips

FOR INFORMATION PURPOSES ONLY

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de $5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de $2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de $150,000 o más.

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado, refiérase a las disposiciones aplicables bajo el mismo.

PENALIDAD – El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de $5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de $20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual that:

- is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions greater than $5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns that during the taxable year had gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of $2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of $150,000 or more.

If you elected to be taxed under the provisions of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended, refer to the sections applicable thereunder.

PENALTY – The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than $5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than $20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCCIONES PARA EL PATRONO

Prepare el Formulario 499R-2/W-2PR para cada empleado a quien le pagó salarios o retuvo contribuciones sobre ingresos para Puerto Rico o contribuciones para el Seguro Social (FICA) o Medicare. **Es importante que complete todos los encasillados aplicables del formulario**.

Envíe junto con el Formulario W-3PR a la Administración del Seguro Social no más tarde del último día de febrero del año siguiente al año calendario para el cual se efectuó la retención. Rinda electrónicamente conjuntamente con el Formulario 499R-3 (Estado de Reconciliación de Contribución sobre Ingresos Retenida) al Departamento de Hacienda (Departamento) no más tarde del 31 de enero del año siguiente al año calendario de la retención.

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**.

En el encasillado **Número de Confirmación de Radicación Electrónica** indique el número provisto por el Departamento una vez completada la radicación electrónica de este formulario.

Anote en el Encasillado 5 el costo de cubierta de salud auspiciado por el patrono bajo la Ley de Protección y Cuidado Asequible al Paciente de 2010 (Ley Pública 111-148). Esta información es mandatoria; reglas de transición aplican a ciertos patronos. Para más información, refiérase a la Ley Pública 111-148 y al Aviso del Servicio de Rentas Internas Federal 2012-9. Anote en el Encasillado 6 las cantidades retenidas del sueldo del empleado como aportaciones o donativos a organizaciones o entidades sin fines de lucro elegibles. Anote en los Encasillados 7 y 8 el total de los sueldos y comisiones pagados excluyendo las aportaciones en efectivo o diferidas, si alguna, a ser reflejadas en el Encasillado 15, los salarios exentos, si alguno, reflejados en el Encasillado 16, y las aportaciones efectuadas por empleados gubernamentales al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero, si alguna, a ser reflejadas en el Encasillado 16B. Incluya además en este encasillado las distribuciones de planes de retiro no calificados que están sujetas a retención bajo la Sección 1062.01 del Código y a las retenciones de Seguro Social y Medicare correspondientes. Anote en el Encasillado 9 las concesiones pagadas a su empleado durante el año natural, por gastos para los cuales no se requirió informe de gastos alguno. Anote en el Encasillado 10 las cantidades pagadas al empleado durante el año natural, por concepto de propinas.

Anote en el Encasillado 12 la cantidad que le reembolsó al empleado por gastos pagados por él bajo un plan de gastos constatados, y la cantidad de beneficios marginales pagados al empleado bajo la Sección 1031.02(a)(2) del Código. Anote en el Encasillado 15 el total de las aportaciones en efectivo o diferidas a un plan cualificado bajo la Sección 1081.01(d) del Código. Anote en el Encasillado 16 los salarios exentos pagados por cualquiera de los conceptos indicados en el Encasillado 16A. Anote en el Encasillado 16A el código correspondiente al concepto de salario exento informado en el Encasillado 16: **A.** Salario de empleados públicos por concepto de horas extras trabajadas en situaciones de emergencia bajo la Ley 324-2004; **B.** Salario por concepto de horas extras trabajadas por miembros de la Policía de Puerto Rico bajo la Sección 1031.02(a)(34) del Código; **C.** Estipendios recibidos por ciertos médicos durante el período de internado bajo la Sección 1031.02(a)(9) del Código; **D.** Compensación pagada a un investigador o científico elegible por servicios prestados bajo la Sección 1031.02(a)(26) del Código; o **E**. Salario hasta $40,000 anuales bajo la Ley 135-2014 (Sección 1031.02(a)(35) del Código). Anote en el Encasillado 16B el total de las aportaciones efectuadas por un empleado gubernamental al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero.

En el caso de que tenga que corregir alguna información o cantidad de este formulario, utilice el Formulario 499R-2c/W-2cPR, Corrección al Comprobante de Retención.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYER

Prepare Form 499R-2/W-2PR for each employee from whom you paid wages or withheld income tax for Puerto Rico, Social Security (FICA) or Medicare Taxes. **It is important that you complete all applicable boxes of the form.**

Send with Form W-3PR to the Social Security Administration not later than the last day of February of the year following the calendar year for which the withholding was made. File electronically with Form 499R-3 (Reconciliation Statement of Income Tax Withheld) to the Department of the Treasury (Department) not later than January 31 of the year following the calendar year for which the withholding was made.

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**.

In the **Electronic Filing Confirmation Number** box enter the number provided by the Department once the electronic filing of this form is completed.

Enter in Block 5 the cost of employer-sponsored health coverage under the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Public Law 111-148). This reporting is mandatory; transition rules apply to certain employers. For additional information, refer to Public Law 111-148 and IRS Notice 2012-9. Enter in Block 6 the amount deducted from the employee's wages as charitable contributions to eligible non profit organizations or entities. Enter in Blocks 7 and 8 the amount of wages and commissions paid net of cash or deferred arrangement contributions, if any, to be included in Block 15, exempt salaries, if any, included in Block 16, and the contributions made by governmental employees to the Save and Double your Money Program, if any, to be included in Box 16B. Also include in this box the distributions from non qualified retirement plans subject to withholding under Section 1062.01 of the Code and to the corresponding Social Security and Medicare withholdings. Enter in Block 9 the allowances paid to the employee during the calendar year, for which no expense report was required. Enter in Block 10 the amount of tips paid to the employee during the calendar year.

Enter in Block 12 the amount that was reimbursed to the employee for expenses paid by himself/herself under an accountable plan, and the amount of fringe benefits paid to the employee under Section 1031.02(a)(2) of the Code. Enter in Block 15 the amount of cash or deferred arrangement contributions to a plan under Section 1081.01(d) of the Code. Enter in Block 16 the exempt salaries paid for any of the concepts indicated in Block 16A. Enter in Block 16A the code corresponding to the concept of exempt salary informed in Block 16: **A.** Public employees' wages for overtime worked during emergency situations under Act 324-2004; **B.** Income from overtime worked by a Puerto Rico Police member under Section 1031.02(a)(34) of the Code; **C.** Stipends received by certain physicians during the internship period under Section 1031.02(a)(9) of the Code; **D.** Compensation paid to an eligible researcher or scientist for services rendered under Section 1031.02(a)(26) of the Code; or **E**. Salary not over $40,000 per year under Act 135-2014 (Section 1031.02(a)(35) of the Code). Enter in Block 16B the amount of contributions made by a governmental employee to the Save and Double your Money Program.

If you are required to correct any information or amount included in this form, use Form 499R-2c/W-2cPR, Corrected Withholding Statement.