



222

COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s)		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)		7. Sueldos - Wages		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage		8. Comisiones - Commissions		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Fecha de Nacimiento: Date of Birth:		6. Donativos Charitable Contributions		9. Concesiones - Allowances		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address		<p>Patrono: - Employer:</p> <p>Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</p> <p>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____</p>		10. Propinas - Tips		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		<p>Año: 2018 Year:</p>		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:		<p>Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</p> <p>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____</p>		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number		<p>Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</p> <p>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____</p>		13. Cont. Retenida - Tax Withheld		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips	
Número Control - Control Number		<p>Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</p> <p>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____</p>		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		<p>Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</p> <p>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____</p>		15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS			
		<p>Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</p> <p>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others: _____</p>		<p>Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions)</p> <p>Código/Code</p> <p>16. _____</p> <p>Código/Code</p> <p>16A. _____</p> <p>Código/Code</p> <p>16B. _____</p> <p>16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program</p>			

PARA PROPOSITOS INFORMATIVOS SOLAMENTE. NO UTILICE PARA RENDIR.

Instrucciones Formulario 499R-2/W-2PR

Comprobante de Retención

Instrucciones Generales para el Patrono

Este formulario será preparado por todo patrono para informar a cada empleado y al Departamento de Hacienda (Departamento) los salarios pagados y la contribución sobre ingresos retenida para Puerto Rico. Este formulario se utilizará además para informar a la Administración del Seguro Social las contribuciones para el Seguro Social (FICA) o Medicare.

El Formulario 499R-2/W-2PR se **rendirá electrónicamente** al Departamento no más tarde del 31 de enero del año siguiente al año calendario para el cual se efectuó la retención, conjuntamente con el Formulario 499 R-3 (Estado de Reconciliación de Contribución sobre Ingresos Retenida). Una vez que el Formulario 499R-2/W-2PR se rinda al Departamento, el patrono entregará dos copias del mismo al empleado no más tarde del 31 de enero del año siguiente al año calendario de la retención. Para esta misma fecha el patrono también deberá enviar el Formulario 499R-2/W-2PR junto con el Formulario W-3PR a la Administración del Seguro Social.

Instrucciones Específicas para el Patrono

Es importante que complete todos los encasillados aplicables del formulario.

Fecha de Nacimiento - Este encasillado se completará en los casos donde se paguen salarios exentos hasta \$40,000 anuales bajo la Sección 1031.02(a)(36) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código). Dichos salarios se identificarán con el Código E en el Encasillado 16.

Fecha Cese de Operaciones - En este encasillado indicará la fecha en que el negocio o compañía cesó sus operaciones por liquidación u otro. **No indique la fecha de cierre de su año contributivo**, ya que el propósito es notificar que el patrono ha dejado de operar su negocio.

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

Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por - En este encasillado se indicará si la remuneración por concepto de salarios incluye pagos al empleado por: (A) servicios prestados por un médico cualificado que posea un decreto vigente bajo la Ley 14-2017; (B) servicios domésticos en el hogar, club colegial local, o capítulo local de una fraternidad o sororidad colegial (para propósitos de la Administración del Seguro Social); o (C) cualquier otro servicio que el Departamento requiera mediante reglamento, determinación administrativa o carta circular, en cuyo caso deberá indicar el concepto del pago de salarios.

Encasillado 5 - Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono: Incluya en este encasillado el costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono bajo la Ley de Protección y Cuidado Asequible al Paciente de 2010 (Ley Pública 111-148). Esta información es obligatoria; 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.

Encasillado 6 - Donativos: Incluya en este encasillado las cantidades retenidas del sueldo del empleado como aportaciones o donativos a organizaciones o entidades sin fines de lucro elegibles.

Encasillados 7 y 8 - Sueldos y Comisiones: Incluya en estos encasillados el total de los sueldos y comisiones pagados excluyendo las aportaciones a planes calificados, en efectivo o diferidas, si alguna, a ser reflejadas en el Encasillado 15; los salarios exentos, si alguno, reflejados en los Encasillados 16, 16A y 16B; y las aportaciones efectuadas por empleados gubernamentales al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero, si alguna, a ser reflejadas en el Encasillado 16C. Incluya además en estos encasillados 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.

Encasillado 9 - Concesiones: Incluya en este encasillado las cantidades pagadas a su empleado como concesión durante el año natural, por gastos para los cuales no se requirió informe de gastos alguno.

Encasillado 10 - Propinas: Incluya en este encasillado las cantidades pagadas al empleado durante el año natural, por concepto de propinas.

Encasillado 12 - Gastos Reembolsados y Beneficios Marginales: Incluya en este encasillado 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.

Encasillado 13 - Contribución Retenida: Incluya en este encasillado la cantidad de contribución sobre ingresos retenida en el origen sobre el monto de los salarios pagados a sus empleados, de acuerdo a la Sección 1062.01 del Código.

Encasillado 14 - Fondo de Retiro Gubernamental: Este encasillado es exclusivamente para uso del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas. Incluya la cantidad total aportada por el empleado al sistema de pensiones o retiro en el cual participa.

Encasillado 15 - Aportaciones a Planes Calificados: Incluya en este encasillado el total de las aportaciones en efectivo o diferidas a un plan calificado bajo la Sección 1081.01(d) del Código.

Encasillados 16, 16A y 16B - Salarios Exentos: Incluya en estos encasillados, según aplique, el (los) código(s) y la(s) cantidad(es) de salarios exentos pagados por cualquiera de los siguientes conceptos:

- 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;
- E. Salario hasta \$40,000 anuales bajo la Sección 1031.02(a)(36) del Código;
- F. Liquidación del pago de licencias por vacaciones y enfermedad a empleados públicos bajo la Ley 211-2015;
- G. Pagos por desastre declarados exentos por el Gobernador de Puerto Rico o el Presidente de los Estados Unidos;
- H. Pagos a empleados públicos bajo el Programa de Transición Voluntaria, según las Ordenes Administrativas de AAFAF OA-2017-05 y OA-2017-06; o
- I. Compensación o indemnización pagada a un empleado por razón de despido bajo la Sección 1031.01(b)(11) del Código.

Es importante señalar que en los casos de empleados gubernamentales, donde el patrono tenga que reportar salarios exentos bajo más de tres conceptos diferentes, los pagos correspondientes a los **Códigos E y F** deberán informarse solamente en el Encasillado 16 con sus correspondientes códigos de exención. Los salarios exentos remanentes bajo los otros conceptos se totalizarán en los Encasillados 16A y 16B con los códigos de exención correspondientes.

Encasillado 16C - Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero: Incluya en este encasillado 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 Form 499R-2/W-2PR

Withholding Statement

General Instructions for the Employer

This form must be prepared by every employer to inform each employee and the Department of the Treasury (Department) the wages paid and income tax withheld for Puerto Rico. This form is also used to report to the Social Security Administration the Social Security (FICA) or Medicare Taxes.

Form 499R-2/W-2PR must be **electronically filed** at the Department no later than January 31 of the year following the calendar year for which the withholding was made, together with Form 499 R-3 (Reconciliation Statement of Income Tax Withheld). Once Form 499R-2/W-2PR is filed with the Department, the employer must deliver two copies to the employee no later than January 31 of the year following the calendar year of the withholding. On the same date, the employer must also submit Form 499R-2/W-2PR together with Form W-3PR to the Social Security Administration.

Specific Instructions for the Employer

It is important that you complete all applicable boxes of the form.

Date of Birth - This box must be completed in those cases where exempt salaries under Section 1031.02(a)(36) of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), of up to \$40,000 per year are paid. Such salaries must be identified with Code E in Box 16.

Cease of Operations Date - This box must include the date in which the business or company ceased operations because of liquidation, going out of business, or other. **Do not enter the closing date of your taxable year**, since the purpose is to notify that the employer has stopped operating the business.

Electronic Filing Confirmation Number - This box must include the number provided by the Department once the electronic filing of this form is completed.

Indicate if the remuneration includes payments to the employee for - This box must indicate if the salaries include payments to the employee for: (A) services rendered by a qualified physician who has a valid decree under Act 14-2017; (B) domestic services in a private home, local college club, or local chapter of a college fraternity or sorority (for purposes of the Social Security Administration); or (C) any other service required by the Department through regulations, administrative determination or circular letter, in which case you must indicate the salary payment concept.

Box 5 - Cost of employer-sponsored health coverage: Include in this box 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.

Box 6 - Charitable Contributions: Include in this box the amount deducted from the employee's wages as charitable contributions to eligible non-profit organizations or entities.

Boxes 7 and 8 - Wages and Commissions: Include in these boxes the amount of wages and commissions paid, net of cash or deferred arrangement contributions to qualified plans, if any, to be included in Box 15; exempt salaries, if any, included in Boxes 16, 16A and 16B; and the contributions made by governmental employees to the Save and Double your Money Program, if any, to be included in Box 16C. Also include in these boxes 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.

Box 9 - Allowances: Include in this box the allowances paid to the employee during the calendar year, for which no expense report was required.

Box 10 - Tips: Include in this box the amount of tips paid to the employee during the calendar year.

Box 12 - Reimbursed Expenses and Fringe Benefits: Include in this box 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.

Box 13 - Tax Withheld: Include in this box the amount of income tax withheld at source on the amount of wages paid to your employees, according to Section 1062.01 of the Code.

Box 14 - Governmental Retirement Fund: This box must be used **exclusively** by the Government of Puerto Rico, its agencies, instrumentalities and public corporations. Include the total amount contributed by the employee to the pension or retirement system in which he/she participates.

Box 15 - Contributions to CODA Plans: Include in this box the amount of cash or deferred arrangement contributions to a plan under Section 1081.01(d) of the Code.

Boxes 16, 16A and 16B - Exempt Salaries: Include in these boxes, as applicable, the code(s) and amount(s) of exempt salaries paid for any of the following concepts:

- 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;
- E. Salary not over \$40,000 per year under Section 1031.02(a)(36) of the Code;
- F. Vacation and sick leave liquidation payment to public employees under Act 211-2015;
- G. Disaster payments declared exempt by the Governor of Puerto Rico or the President of the United States;
- H. Payments to public employees under the Voluntary Transition Program, according to AAFAF's Administrative Orders OA-2017-05 and OA-2017-06; or
- I. Compensation or indemnification paid to an employee due to dismissal under Section 1031.01(b)(11) of the Code.

It is important to point out in cases of governmental employees, that the employers reporting exempt salaries under more than three different concepts, the payments corresponding to **Codes E and F** must be informed **only** in Box 16 with their corresponding exemption codes. The remaining exempt salaries under the other concepts must be totaled in Boxes 16A and 16B with the corresponding exemption codes.

Box 16C - Contributions to the Save and Double your Money Program: Include in this box 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.

Instrucciones Formulario 499R-2/W-2PR

Comprobante de Retención

Instrucciones Generales para el Empleado

Todo individuo que durante el año natural reciba pagos por concepto de salarios sujetos a retención bajo la Sección 1062.01 del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), recibirá un Formulario 499R-2/W-2PR. El formulario contiene la información necesaria para rendir la planilla de contribución sobre ingresos, así como para establecer su derecho a los beneficios de seguro social.

De acuerdo al 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.

Instrucciones Específicas para el Empleado

Verifique que la información reportada por su patrono en este formulario es correcta. Esto incluye su nombre, número de seguro social, sueldos y contribución retenida, entre otros. Asegúrese de que el encasillado de Número de Confirmación de Radicación Electrónica esté completado, ya que esta información es necesaria para rendir su planilla.

Encasillado 5 - Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono: Transfiera al Anejo A Individuo, Parte III, Columna A, solamente la porción de esta cantidad que corresponda a pagos por concepto de primas de seguros contra enfermedad o accidentes efectuados por usted. La porción de esta cantidad que corresponda a la aportación de su patrono, no podrá reclamarse como deducción en su planilla.

Encasillado 6 - Donativos: Transfiera esta cantidad al Anejo A Individuo, Parte III, Columna B.

Encasillado 11 - Total: Transfiera esta cantidad al Encasillado 1, línea 1B, página 1 de la planilla. En caso de contribuyentes casados que rindan planilla conjunta y radiquen bajo el cómputo opcional de la contribución, transfiera esta cantidad al Anejo CO Individuo, línea 1, Columna B o C, según aplique.

Encasillado 12 - Gastos Reembolsados y Beneficios Marginales: Transfiera esta cantidad al Anejo IE Individuo, Parte I, línea 7.

Encasillado 13 - Contribución Retenida: Transfiera esta cantidad al Encasillado 1, línea 1A, página 1 de la planilla. En caso de contribuyentes casados que rindan planilla conjunta y radiquen bajo el cómputo opcional de la contribución, transfiera esta cantidad al Anejo CO Individuo, línea 1, Columna A.

Encasillado 14 - Fondo de Retiro Gubernamental: Transfiera esta cantidad al Anejo A Individuo, Parte I, línea 6. En caso de contribuyentes casados que rindan planilla conjunta y radiquen bajo el cómputo opcional de la contribución, transfiera esta cantidad al Anejo CO Individuo, línea 8A, Columna B o C, según aplique.

Encasillado 15 - Aportaciones a Planes Cualificados: Esta cantidad no se transferirá a ningún encasillado de su planilla debido a que la misma ya está excluida del sueldo.

Encasillados 16, 16A y 16B – Salarios Exentos: Transfiera esta(s) cantidad(es) a la línea correspondiente del Anejo IE Individuo, Parte II, de acuerdo al concepto de salarios exentos, según se indica a continuación:

- Salario de empleados públicos por concepto de horas extras trabajadas en situaciones de emergencia bajo la Ley 324-2004** - Transfiera esta cantidad a la línea 27, tanto en la Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios como en la Columna de Partidas Sujetas a Contribución Básica Alterna.
- Salario por concepto de horas extras trabajadas por miembros de la Policía de Puerto Rico bajo la Sección 1031.02(a)(34) del Código** - Transfiera esta cantidad a la línea 18, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.
- Estipendios recibidos por ciertos médicos durante el período de internado bajo la Sección 1031.02(a)(9) del Código** - Transfiera esta cantidad a la línea 6, tanto en la Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios como en la Columna de Partidas Sujetas a Contribución Básica Alterna.
- Compensación pagada a un investigador o científico elegible por servicios prestados bajo la Sección 1031.02(a)(26) del Código** - Transfiera esta cantidad a la línea 15, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.
- Salario hasta \$40,000 anuales bajo la Sección 1031.02(a)(36) del Código** - Transfiera esta cantidad a la línea 31, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.
- Liquidación del pago de licencias por vacaciones y enfermedad a empleados públicos bajo la Ley 211-2015** - Transfiera esta cantidad a la línea 36, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.
- Pagos por desastre declarados exentos por el Gobernador de Puerto Rico o el Presidente de los Estados Unidos** - Transfiera esta cantidad a la línea 32, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.
- Pagos a empleados públicos bajo el Programa de Transición Voluntaria** - Transfiera esta cantidad a la línea 36, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.
- Compensación o indemnización pagada a un empleado por razón de despido bajo la Sección 1031.01(b)(11) del Código** - Transfiera esta cantidad a la línea 26, Columna de Partidas para la Limitación de Intereses Hipotecarios.

Encasillado 16C - Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero: Esta cantidad no se transferirá a ningún encasillado de su planilla debido a que la misma ya está excluida del sueldo.

PENALIDAD - Según dispuesto en el Código, 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 usarlo 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, Corrección al Comprobante de Retención.

Instructions Form 499R-2/W-2PR

Withholding Statement

General Instructions to the Employee

All individual who during the calendar year receives payments for salaries subject to withholding under Section 1062.01 of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), will receive Form 499R-2 / W-2PR. This form contains all the information required to file the income tax return, as well as to prove your right to social security benefits.

Pursuant to the Code, an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, 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 the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

Specific Instructions for the Employee

Verify that the information reported by your employer in this form is correct. This includes your name, social security number, wages and tax withheld, among others. Make sure that the box corresponding to Electronic Filing Confirmation Number is completed, since this information is required to file your income tax return.

Box 5 - Cost of employer-sponsored health coverage: Transfer to Schedule A Individual, Part III, Column A, only the portion of this amount corresponding to your payments for health or accidents insurance premiums. The portion of this amount corresponding to your employer's contribution, **cannot** be claimed as a deduction in your income tax return.

Box 6 - Charitable Contributions: Transfer this amount to Schedule A Individual, Part III, Column B.

Box 11 - Total: Transfer this amount to Part 1, line 1B, page 1 of the income tax return. If you choose the optional computation of tax for married individuals living together and filing a joint return, transfer this amount to Schedule CO Individual, line 1, Column B or C, as applicable.

Box 12 - Reimbursed Expenses and Fringe Benefits: Transfer this amount to Schedule IE Individual, Part I, line 7.

Box 13 - Tax Withheld: Transfer this amount to Part 1, line 1A, page 1 of the income tax return. If you choose the optional computation of tax for married individuals living together and filing a joint return, transfer this amount to Schedule CO Individual, line 1, Column A.

Box 14 - Governmental Retirement Fund: Transfer this amount to Schedule A Individual, Part I, line 6. If you choose the optional computation of tax for married individuals living together and filing a joint return, transfer this amount to Schedule CO Individual, line 8A, Column B or C, as applicable.

Box 15 - Contributions to CODA PLANS: This amount **cannot** be transferred to any part of the income tax return, since it is excluded from the wages.

Boxes 16, 16A and 16B - Exempt Salaries: Transfer this (these) amount(s) to the corresponding line of Schedule IE Individual, Part II, according to the exempt salaries concept, as provided below:

- Public employees' wages for overtime worked during emergency situations under Act 324-2004** - Transfer this amount to line 27, Columns of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation and Items Subject to Alternate Basic Tax.
- Income from overtime worked by a Puerto Rico Police member under Section 1031.02(a)(34) of the Code** - Transfer this amount to line 18, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.
- Stipends received by certain physicians during the internship period under Section 1031.02(a)(9) of the Code** - Transfer this amount to line 6, Columns of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation and Items Subject to Alternate Basic Tax.
- Compensation paid to an eligible researcher or scientist for services rendered under Section 1031.02(a)(26) of the Code** - Transfer this amount to line 15, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.
- Salary not over \$40,000 per year under Section 1031.02(a)(36) of the Code** - Transfer this amount to line 31, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.
- Vacation and sick leave liquidation payment to public employees under Act 211-2015** - Transfer this amount to line 36, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.
- Disaster payments declared exempt by the Governor of Puerto Rico or the President of the United States** - Transfer this amount to line 32, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.
- Payments to public employees under the Voluntary Transition Program** - Transfer this amount to line 36, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.
- Compensation or indemnification paid to an employee due to dismissal under Section 1031.01(b)(11) of the Code** - Transfer this amount to line 26, Column of Items Considered for the Home Mortgage Interest Limitation.

Box 16C - Contributions to the Save and Double your Money Program - This amount **cannot** be transferred to any part of the income tax return, since it is excluded from the wages.

PENALTY - According to the Code, 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, Corrected Withholding Statement.