

CORRECCIÓN AL COMPROBANTE DE RETENCIÓN
CORRECTED WITHHOLDING STATEMENT

AÑO A CORREGIRSE Year Being Corrected 2017	1a. FECHA DE NACIMIENTO Date of Birth Día Mes Año Day Month Year	1b. FECHA CESE DE OPERACIONES Cease of Operations Date Día Mes Año Day Month Year	2a. NÚM. SEGURO SOCIAL EMPLEADO Employee's Social Security No.	2b. NÚM. DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL Employer Identification No. (EIN)
3a. NOMBRE - First Name APELLIDO(S) - Last Name(s)		3c. NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL PATRONO Employer's Name and Mailing Address		
3b. DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADO - Employee's Mailing Address		3d. NÚMERO DE TELÉFONO - Telephone Number		

COMPLETE LÍNEA 4a o 4b SOLAMENTE SI LA INFORMACIÓN ORIGINAL ESTABA INCORRECTA. ANOTE NÚMERO Y NOMBRE INCORRECTOS. Complete line 4a or 4b only if the original information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security number and name.

4a. NÚM. SEGURO SOCIAL (INCORRECTO) Incorrect Social Security No.	4b. NOMBRE DEL EMPLEADO (INCORRECTO) - Employee's Incorrect Name Nombre - First Name Apellido(s) - Last Name(s)		
Linea - Line	a) Según se Informó Originalmente As Originally Reported	b) Información Correcta Correct Information	c) Aumento (Reducción) (Diferencia entre a y b) Increase (Decrease) (Difference between a and b)
5. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIADA POR EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage			
6. DONATIVOS Charitable Contributions			
7. SUELDOS Wages			
8. COMISIONES Commissions			
9. CONCESIONES Allowances			
10. PROPINAS Tips			
11. TOTAL = 7 + 8 + 9 + 10			
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES Reimbursed Expenses and Fringe Benefits			
13. CONTRIBUCIÓN RETENIDA Tax Withheld			
14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL Governmental Retirement Fund			
15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS Contributions to CODA PLANS			
16. SALARIOS EXENTOS Exempt Salaries	CÓDIGO/Code		
16A. SALARIOS EXENTOS Exempt Salaries	CÓDIGO/Code		
16B. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y DUPLICATUDINERO Contributions to the Save and Double your Money Program			
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL Social Security Wages			
18. SEGURO SOCIAL RETENIDO Social Security Tax Withheld			
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips			
20. CONTRIBUCIÓN 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. CONTRIBUCIÓN MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS Uncollected Medicare Tax on Tips			

RAZONES PARA EL CAMBIO:

Reasons for the change:

FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO Employer's or Duly Authorized Agent's Signature	TÍTULO - Title	FECHA - Date
NÚM. CONFIRMACIÓN DE RADICACIÓN ELECTRÓNICA Electronic Filing Confirmation No.	NÚM. CONTROL - Control No.	NÚM. CONTROL DEL COMPROBANTE ORIGINAL Control No. of original withholding statement

ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, VÉANSE INSTRUCCIONES.
BEFORE FILING THIS FORM, SEE INSTRUCTIONS.

Envíe a la Administración de Seguro Social y electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias al empleado. Conserve copia para sus récords. - Send to the Social Security Administration and electronically to the Department of the Treasury. Submit two copies to employee. Keep a copy for your records.

PARA PROPÓSITOS
INFORMATIVOS SOLAMENTE.
NO UTILICE PARA RENDIR.

Cambios - Changes

AVISO AL EMPLEADO

Esta es una corrección del Formulario 499R-2/W-2PR.

Si alguna de las correcciones cambia su responsabilidad contributiva para el año indicado y ya ha radicado su planilla de contribución sobre ingresos, tendrá que enmendar su planilla. Incluya la información requerida de este comprobante corregido en su planilla enmendada.

De no haber rendido aún su planilla, incluya la información requerida de este comprobante corregido. Para más información, comuníquese con el Departamento de Hacienda al (787) 622-0123.

NOTICE TO EMPLOYEE

This is a corrected version of Form 499R-2/W-2PR.

If you have already filed your income tax return, you must file an amended return if any of the corrections change your tax liability for the year. Include the required information of this corrected statement in your amended return.

If you have not filed the return, include the required information of this corrected statement in your return. For further information, please contact the Department of the Treasury at (787) 622-0123.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DEL FORMULARIO 499R-2c/W-2cPR

Uso del formulario

El Formulario 499R-2c/W-2cPR se utiliza para corregir datos informados incorrectamente en el Formulario 499R-2/W-2PR.

Este formulario se usará además, para corregir información salarial y contributiva desde el año 1979 en adelante. Para corregir errores u omisiones contributivas en los Formularios 941-PR, 943-PR y Anejo H-PR, utilice los Formularios 941-X (PR), 943-X (PR) y Anejo H-PR corregido, respectivamente.

No utilice este formulario para hacer un duplicado del Formulario 499R-2/W-2PR. Para ello, imprima una copia del Formulario 499R-2/W-2PR rendido electrónicamente.

¿Dónde se debe enviar?

Una vez preparado el Formulario 499R-2c/W-2cPR, envíe a la Administración del Seguro Social Federal y rinda electrónicamente al Departamento de Hacienda. Entregue dos copias al empleado y conserve copia para sus récords. Debe utilizar el Formulario W-3c PR, Transmisión de Comprobantes de Retención Corregidos, para el envío del Formulario 499R-2c/W-2cPR a la Administración del Seguro Social Federal. La dirección correcta se indica en las instrucciones del Formulario W-3c PR.

¿Cómo completar el Formulario 499R-2c/W-2cPR?

Complete todos los encasillados del 1 al 3. En el encasillado 1a indique la fecha de nacimiento en los casos donde se paguen salarios exentos hasta \$40,000 anuales bajo la Sección 1031.02(a)(36) del Código. En el encasillado 1b indique la fecha en que el negocio o compañía cesó operaciones por liquidación, cierre, etc. **No debe indicar la fecha de cierre de su año contributivo.** En las líneas 5 a la 23 (cambios), complete la columna "a) Según se Informó Originalmente" **en su totalidad.** Esto es, indique toda la información según se reportó en el Comprobante de Retención original. En la columna "b) Información Correcta", complete tanto los encasillados que serán corregidos como los encasillados que no reflejarán cambios. De manera que, dicha columna deberá completarse **en su totalidad.** En la columna "c) Aumento (Reducción)", complete **solamente** los encasillados que serán corregidos.

El Formulario 499R-2c/W-2cPR debe ser radicado electrónicamente al Departamento de Hacienda. En cualquier línea que señale un cambio monetario y una de las cantidades se reduzca a cero, favor llenar el encasillado correspondiente con la palabra "cero" o "0". No lo deje en blanco. Las cantidades negativas en la columna c) que sean por motivo de (Reducción) deben aparecer entre paréntesis.

Encasillados 4a y 4b - Complete estos encasillados solamente si va a corregir el número de seguro social o el nombre del empleado. Si las cantidades monetarias informadas previamente están correctas, en las líneas 5 a la 23 (cambios) complete solamente la columna "a) Según se Informó Originalmente" y deje en blanco las columnas b) y c).

Líneas 5 a la 16B - Información para el Departamento de Hacienda. Si los **ÚNICOS** cambios al Formulario 499R-2/W-2PR conciernen exclusivamente a la información para suministrarse al Departamento de Hacienda, **NO ENVÍE** las copias correspondientes del Formulario 499R-2c/W-2cPR a la Administración del Seguro Social Federal, ni a la Oficina de la División de Seguro Social del Departamento de Hacienda.

Asegúrese que los encasillados de "Número de Confirmación de Radicación Electrónica" y "Número de Control del Comprobante Original" estén completados antes de entregar el formulario al empleado.

Aviso sobre la Ley de Reducción de Trámites

La Ley de Reducción de Trámites de 1980 establece que debemos informarle por qué solicitamos esta información, cómo intentamos utilizarla y si usted tiene la obligación de suministrarla. Solicitamos la información para cumplir con las leyes que regulan la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. Además, necesitamos la misma para asegurarnos que se está cumpliendo con la ley y que la contribución determinada y pagada es correcta. Usted está obligado a suministrar cualquier información solicitada.

INSTRUCTIONS FOR THE PREPARATION OF FORM 499R-2c/W-2cPR

Purpose of the form

Form 499R-2c/W-2cPR is used to correct errors of previously filed Forms 499R-2/W-2PR.

This form will also be used to correct wage and tax information from year 1979 forward. To correct errors or tax omissions on Forms 941-PR, 943-PR and Schedule H-PR, use Forms 941-X (PR), 943-X (PR) and a corrected Schedule H-PR, respectively.

Do not use this form to make a duplicate of Form 499R-2/W-2PR. To obtain a duplicate, print a copy of Form 499R-2/W-2PR electronically filed.

Where to file?

Form 499R-2c/W-2cPR must be filed with the Social Security Administration, and electronically submitted to the Department of the Treasury. Two copies of Form 499R-2c/W-2cPR must be provided to the employee and a copy must be kept for your records. Use a separate Form W-3c PR, Transmittal of Corrected Wage and Tax Statements, to submit Form 499R-2c/W-2cPR to the Social Security Administration. The correct address is provided in the instructions of Form W-3c PR.

How to complete Form 499R-2c/W-2cPR?

Complete all boxes from 1 to 3. In box 1a enter the date of birth in those cases where exempt salaries under Section 1031.02(a)(36) of the Code of up to \$40,000 per year are paid. In box 1b 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.** Column "a) As Originally Reported", lines 5 through 23 (changes), must be completed **in its entirety.** That is, indicate all information as it was reported in the original Withholding Statement. In column "b) Correct Information", complete all the lines that will be corrected as well as those lines that will not reflect any changes. Thus, said column must be completed **in its entirety.** Complete column "c) Increase (Decrease)", **only** for those lines that will be corrected.

Form 499R-2c/W-2cPR must be electronically filed to the Department of the Treasury. On any line that shows a monetary change, and one of the amounts is reduced to zero, enter "zero" or "0". Do not leave it in blank. Negative amounts in column c) resulting from (Decrease) should appear in parenthesis.

Boxes 4a and 4b - Complete these boxes only to correct an employee's social security number or name. If the previously reported monetary amounts were correct, for lines 5 through 23 (changes) complete only column "a) As Originally Reported" and leave in blank columns b) and c).

Lines 5 through 16B - Department of the Treasury Information. If the **ONLY** changes to the original Form 499R-2/W-2PR are to income tax data for Puerto Rico, **DO NOT** send Form 499R-2c/W-2cPR to the Social Security Administration, nor to the Social Security Division of the Department of the Treasury.

Make sure the boxes for "Electronic Filing Confirmation Number" and "Control Number of Original Withholding Statement" are completed before submitting the form to the employee.

Paperwork Reduction Act Notice

The Paperwork Reduction Act of 1980 provides that we must tell you why we are requesting this information, how we will use it, and whether you have to give it to us. We ask for the information to carry out the Internal Revenue and Social Security laws of the United States. Also, we need it to ensure that you are complying with these laws and so that we can figure out and collect the correct amount of tax. You are required to give us this information.