

**PLANILLA PARA LA DECLARACIÓN ANUAL DE LA  
CONTRIBUCIÓN DEL PATRONO DE EMPLEADOS AGRÍCOLAS**

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

(Para más información, vea la Circular PR.)

**1998**

Para la contribución al Seguro Social Federal y la contribución Medicare

**Número de  
identificación,  
nombre y  
dirección del  
patrono.  
(Si hay algún  
error, haga la  
corrección  
necesaria.)**

Nombre (el de usted, no el del negocio)	Año calendario
Nombre comercial, si existe	
Dirección (incluyendo el código postal "ZIP")	Número de identificación patronal

T	
FF	
FD	
FP	
I	
T	

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque este encasillado

Si no espera tener que radicar esta planilla en el futuro, marque este encasillado

1	Número de empleados agrícolas durante el periodo de nómina en el que cayó el 12 de marzo de 1998 . . . . .	1	
2	Total de salarios sujetos a la contribución para el seguro social (vea las instrucciones) . . . . .	2	
3	Contribución al seguro social (multiplique la línea 2 por el 12.4%, o sea, .124). . . . .	3	
4	Total de salarios sujetos a la contribución Medicare (vea las instrucciones). . . . .	4	
5	Contribución al seguro Medicare (multiplique la línea 4 por el 2.9%, o sea, .029) . . . . .	5	
6			
7	Total de contribuciones (sume las líneas 3 y 5). . . . .	7	
8	Ajuste a las contribuciones (vea las instrucciones y adjunte la Forma 941cPR). . . . .	8	
9	Total de las contribuciones federales, según se han ajustado (la línea 7 según ajustada por la línea 8) . . . . .	9	
10			
11			
12	Total de depósitos hechos en 1998, incluyendo cualquier exceso pagado en 1997, según consta en sus récords	12	
13	<b>Balance pendiente de pago</b> (reste la línea 12 de la línea 9—vea las instrucciones). Pague al "United States Treasury" . . . . .	13	
14	Si la cantidad de la línea 12 es mayor que la de la línea 9, anote el exceso aquí ► \$ ..... y marque su preferencia: <input type="checkbox"/> debe ser acreditado a la próxima planilla o <input type="checkbox"/> debe ser reintegrado.		

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea 13 es menos de \$500, no tiene que completar este registro ni la Forma 943A-PR.
- **Depositantes bisemanales:** Complete la Forma 943A-PR y marque aquí
- **Depositantes mensuales:** Complete el registro siguiente y marque aquí

**REGISTRO MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN CONTRIBUTIVA. No lo complete si usted es un depositante de itinerario mensual.**

Período para depositar terminado el:	Obligación contributiva para el mes	Instrucciones
A 31 de enero . . . . .	A	Si sus contribuciones para el año (línea 9) ascienden a menos de \$500, usted no tiene que llenar este registro. Usted puede enviar su pago del balance adeudado junto con la Forma 943-PR, o puede depositarlo para el 1 de febrero de 1999.  Si usted es un depositante de itinerario mensual, anote su obligación contributiva en la línea correspondiente a ese mes. Vea las "Reglas para los depósitos", en la página 4.  La obligación contributiva total para el año (la línea M) deberá ser igual al total de la contribución federal (la línea 9). (El Servicio Federal de Rentas Internas usa la información que aparece en los cupones de depósito de contribuciones federales (Forma 8109) o sus depósitos electrónicos para obtener la fecha y el importe de sus depósitos.)
B 28 de febrero . . . . .	B	
C 31 de marzo . . . . .	C	
D 30 de abril . . . . .	D	
E 31 de mayo . . . . .	E	
F 30 de junio . . . . .	F	
G 31 de julio . . . . .	G	
H 31 de agosto . . . . .	H	
I 30 de septiembre . . . . .	I	
J 31 de octubre . . . . .	J	
K 30 de noviembre . . . . .	K	
L 31 de diciembre . . . . .	L	
M Obligación total para el año (sume las líneas de la A a la L) . . . . .	M	

Conociendo el castigo que conlleva el delito de perjurio, afirmo que esta planilla, incluyendo los anexos e informes adjuntos, ha sido examinada por mí y según mi leal saber y entender es verídica, completa y correcta.

Firma ► Escriba su nombre y título (Dueño, etc.) ► Fecha ►

Envíe esta planilla al *Internal Revenue Service Center*, Philadelphia, PA 19255.

**Partidas que se deben tener en cuenta.**—Las cantidades máximas de salarios sujetos a las dos partes de la contribución al seguro social (correspondientes al seguro social y al seguro Medicare) en 1998 son \$68,400 para el seguro social y no hay límite para el seguro Medicare.

La tasa de la contribución al seguro social es del 6.2% y la tasa de la contribución Medicare es del 1.45%, tanto para el patrono como para el empleado.

**Aviso:** Los salarios y jornales pagados a extranjeros admitidos legalmente a Puerto Rico con carácter temporero para realizar labores agrícolas están exentos de la contribución federal para el desempleo.

**Compensación por enfermedad.** Está sujeta a la contribución para el seguro social y el Medicare casi toda clase de compensación por enfermedad, incluyendo pagos efectuados por terceros como, por ejemplo, las compañías de seguros. Para más detalles, vea la **Publicación 179, GUÍA CONTRIBUTIVA FEDERAL PARA PATRONOS PUERTORRIQUEÑOS (Circular PR)** y la sección titulada "Compensación por enfermedad pagada por terceros" que se encuentra en las instrucciones para preparar la Forma W-3PR.

Si tiene alguna duda sobre contribuciones federales relacionadas con el empleo, sírvase llamar a la oficina del Servicio Federal de Rentas Internas en Hato Rey, teléfono 766-5040. Si usted reside fuera del área metropolitana de San Juan, puede llamarnos gratis al (800)-829-1040.

## INSTRUCCIONES GENERALES

Las instrucciones siguientes le ayudarán al llenar y radicar la **Forma 943-PR**. La Circular PR contiene instrucciones adicionales. Puede obtener la Circular PR en la oficina del Servicio Federal de Rentas Internas, Edificio Mercantil Plaza, Parada 27½, Avenida Ponce de León, Hato Rey. Si desea recibirla por correo, envíe su solicitud al *IRS Forms Distribution Center, P.O. Box 25866, Richmond, VA 23286*.

**Propósito de esta forma.** Use la Forma 943-PR para reportar tanto las contribuciones al seguro social y al Medicare del patrono como las de los empleados agrícolas. Si usted tiene empleados domésticos trabajando en su residencia privada en una finca que usted opera con fines de lucro, estos empleados son considerados empleados agrícolas. Para reportar las contribuciones al seguro social y al Medicare de los empleados domésticos, usted puede seguir cualquiera de los pasos siguientes:

1. Radicar el **Anejo H-PR**, Contribuciones Sobre el Empleo de Empleados Domésticos. Si usted tiene que radicar la **Forma 1040-PR**, Planilla para la Declaración de la Contribución Federal sobre el Trabajo por Cuenta Propia, adjunte a la misma el **Anejo H-PR**. Si usted no tiene que radicar la **Forma 1040-PR**, radique solamente el **Anejo H-PR**.

2. Incluir en la Forma 943-PR los salarios de los empleados domésticos junto con los salarios de otros empleados agrícolas.

Si usted pagó salarios a un empleado doméstico por trabajar en una residencia privada que no está localizada en una finca operada con fines de lucro, usted deberá reportar las contribuciones en el **Anejo H-PR**. Si usted le pagó salarios a otros trabajadores que no son agrícolas, reporte las contribuciones en la **Forma 941-PR**, Planilla para la Declaración Trimestral del Patrono.

**Quién tiene que radicar la Forma 943-PR.** Radique la Forma 943-PR si usted pagó salarios o jornales en efectivo en el año natural (calendario) a un, o más de un, empleado que ha cumplido con cualesquiera de las condiciones descritas abajo.

Después que usted radique una planilla, el Servicio Federal de Rentas Internas (*IRS*) le enviará regularmente la(s) forma(s) necesarias. Sin embargo, si no recibe la(s) forma(s), usted es responsable de solicitarle al *IRS* tal forma(s) para poder radicar la planilla a tiempo.

Si recibe una forma para un año durante el cual ninguno de sus empleados cumplió con una u otra de las condiciones descritas más abajo, usted deberá escribir "Ninguno" en la línea 7 de la forma y devolverla al *IRS*.

Si cree que ninguno de sus empleados cumplirá con una u otra de las condiciones en el futuro, usted deberá marcar el encasillado correspondiente. Si uno de sus empleados cumple más tarde con una u otra de las condiciones, usted deberá notificarle el hecho al *IRS*.

**La condición de \$150 ó de \$2,500.** Las contribuciones al seguro social y al Medicare del empleado y del patrono deberán pagarse si usted cumple con cualquiera de las condiciones que aparecen abajo:

- Usted paga \$150 ó más de salarios en efectivo a un empleado durante un año natural (calendario) por labores agrícolas.

- Usted paga \$2,500 ó más de salarios en efectivo y en especie a todos sus empleados agrícolas.

No obstante esto, los salarios que pague a cualquier empleado agrícola que haya recibido menos de \$150 anuales en salarios en efectivo no están sujetos a la contribución para el seguro social y el Medicare, aunque usted pague \$2,500 ó más durante el año a todos sus empleados agrícolas si dicho empleado:

- a. Realiza labores agrícolas a mano como obrero cosechero,

- b. Es remunerado por trabajos a destajo en manobras que suelen ser remuneradas a base de trabajo a destajo en su área de empleo,

- c. Viaja diariamente entre su residencia y la finca donde trabaja y

- d. Realizó labores agrícolas durante menos de 13 semanas del año natural (calendario) pasado (1997).

Sin embargo, se toman en cuenta las cantidades pagadas a esos empleados agrícolas temporeros para propósitos de la condición de \$2,500 ó más al año al determinar si los salarios que usted paga a otros empleados agrícolas están sujetos a las contribuciones al seguro social y al Medicare. Si no se cumple con la condición de \$2,500 de todos los empleados, será aplicable aún la condición de \$150 ó más por cada empleado individual.

**Nota:** Si usted le pagó a un trabajador doméstico de su finca menos de \$1,100 en 1998, ese trabajador no está sujeto a las contribuciones al seguro social y al Medicare. En la Circular PR encontrará las reglas especiales que aplican a los trabajadores domésticos.

**Plazo para radicar la planilla.** Radique la Forma 943-PR el, o antes del, 1 de febrero de 1999. Sin embargo, si usted depositó a tiempo la totalidad de las contribuciones adeudadas para el año, podrá entonces radicar la planilla el, o antes del, 10 de febrero.

**Lugar donde se radica la planilla.** El original de la planilla debe enviarse al *Internal Revenue Service Center, Philadelphia, PA 19255*.

**Formas 499 R-2/W-2 PR y W-3PR.** Para el 1 de febrero de 1999, entregue las copias B y C de la **Forma 499 R-2/W-2 PR, COMPROBANTE DE RETENCIÓN**, a cada empleado que trabajaba para usted al finalizar 1998. Si un empleado suyo deja de trabajar para usted antes de que termine el año, entréguele las copias B y C en cualquier momento después de que se acabe el empleo, pero para el 31 de enero del año siguiente, a más tardar. Si el empleado le solicita a usted la Forma 499 R-2/W-2 PR, entréguele la planilla debidamente completada dentro de los 30 días a partir de la solicitud o del último pago de su salario, lo que ocurra por último.

Para el 1 de marzo de 1999, envíe el original de todas las Formas 499 R-2/W-2 PR expedidas por el año 1998 a:

*Social Security Administration  
Data Operations Center  
Wilkes-Barre, PA 18769-0001*

Incluya la Forma W-3PR. (Para el 1 de febrero de 1999, envíe la copia A de todas las Formas 499 R-2/W-2 PR, junto con la **Forma 499 R-3, ESTADO DE CONCILIACIÓN**, al Negociado de Contribución sobre Ingresos de Puerto Rico.)

En el cuarto trimestre, usted recibirá las Formas W-3PR por correo. Éstas las encontrará al final de la Circular PR. Si no las recibe, o si necesita formas adicionales, solicítelas en la oficina local del Servicio Federal de Rentas Internas o en el Centro de Servicio. (Usted puede obtener las Formas 499 R-2/W-2 PR y 499 R-3 en el Negociado de Contribución sobre Ingresos de Puerto Rico.)

**Informe en medios magnéticos.** Si tiene que radicar al menos 250 Formas 499 R-2/W-2 PR, usted está obligado a radicar usando medios magnéticos en vez de radicar la Copia A de la Forma 499 R-2/W-2 PR.

Puede obtener las instrucciones para radicar la Forma 499 R-2/W-2 PR usando medios magnéticos escribiendo a: *Social Security Administration, OCRO/DEA/Resubmittal Group, 3-B-10 North Building, Metro West, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21201*.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

**Línea 1. Número de empleados agrícolas durante el período de nómina en que cayó el 12 de marzo de 1998.** No incluya en este número: jubilados o retirados; miembros de las Fuerzas Armadas; personas que no recibieron salarios durante el período de nómina; ni empleados domésticos que trabajaban en su residencia privada, si la misma está localizada fuera de una finca.

**Línea 2. Total de salarios sujetos a la contribución para el seguro social.** Añote el total de salarios tributables que usted pagó a sus empleados en efectivo por labores agrícolas durante el año natural (calendario). No incluya: (a) el valor de remuneración en especie, como cuarto y comida, ni (b) compensación por servicios que no hayan sido labor agrícola, ni (c) cantidades pagadas a empleados que no hayan reunido las condiciones de \$150 al año ó \$2,500 al año. Informe los salarios en su totalidad, antes de descontar las contribuciones. Si le pagó más de \$68,400 a un empleado, anote sólo \$68,400 para ese empleado.

**Línea 3. Contribución al seguro social.** Multiplique el total de salarios en efectivo (línea 2) por el 12.4%.

Si pagó a un empleado salarios tributables por servicios que no hayan sido los agrícolas, no los informe en la Forma 943-PR. En ese caso use la **Forma 941-PR**, Planilla para la Declaración Trimestral del Patrono—la Contribución Federal al Seguro Social y al Seguro Medicare. Las contribuciones se aplican solamente a los primeros \$68,400 de salarios tributables que usted pagó a un empleado, sin importar la clase de servicios prestados. Puede obtener las formas e instrucciones necesarias en la oficina del Servicio Federal de Rentas Internas en Hato Rey.

Si desea solicitar formas por correo, envíe su solicitud al *IRS Forms Distribution Center, P.O. Box 25866, Richmond, VA 23286*.

**Línea 4. Total de salarios sujetos a la contribución Medicare.** Añote aquí el total de los salarios tributables en efectivo que usted pagó a todos sus empleados por labores agrícolas durante el año calendario. No incluya: (a) el valor de remuneración en especie, como cuarto y comida, ni (b) paga por servicios que no hayan sido labor agrícola. Informe los salarios en su totalidad, antes de descontar las contribuciones.

**Línea 8. Ajustes a las contribuciones.** Use la Línea 8 para hacer ajustes a las cantidades de contribuciones al seguro social y Medicare informadas en el año corriente o en un período anterior.

**Ajustes del año corriente.** En ciertos casos las cantidades de contribuciones al seguro social y al Medicare informadas en la línea 3 ó en la línea 5 tendrán que ser ajustadas para determinar su obligación tributaria correcta.

**Fraciones de centavos.** Si hay una diferencia entre el total de contribución que aparece en la línea 3 ó en la línea 5 y el total que usted dedujo de los salarios de sus empleados, debido a la adición o sustracción de fracciones de centavos al retener las contribuciones, informe la diferencia en la línea 8. Si esta diferencia es la única anotación que usted ha hecho, escriba "Fraciones solamente" en el margen.

**Ajustes de un año anterior.** Entre los ajustes de un año anterior están los errores cometidos al informar las contribuciones al seguro social y Medicare en planillas radicadas anteriormente o errores en los créditos por pagos en exceso de penalidades e intereses sobre contribuciones correspondientes a un año anterior.

Si informa un pago en exceso y, además, un pago incompleto, anote solamente la diferencia entre ambos. Porque cualquier cantidad en la línea 8 o aumenta o disminuye su obligación contributiva, tal ajuste deberá incluirse en el Registro mensual de la obligación contributiva en la Forma 943-PR o la Forma 943A-PR. Incluya el ajuste en la porción del registro que corresponde a la fecha en que se halló el error.

**PLANILLA PARA LA DECLARACIÓN ANUAL DE LA CONTRIBUCIÓN DEL PATRONO DE EMPLEADOS AGRÍCOLAS**

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

(Para más información, vea la Circular PR.)

**1998**

Para la contribución al Seguro Social Federal y la contribución Medicare

**Número de identificación, nombre y dirección del patrono. (Si hay algún error, haga la corrección necesaria.)**

Nombre (el de usted, no el del negocio)	Año calendario
Nombre comercial, si existe	
Dirección (incluyendo el código postal "ZIP")	Número de identificación patronal

T	
FF	
FD	
FP	
I	
T	

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque este encasillado

Si no espera tener que radicar esta planilla en el futuro, marque este encasillado

1	Número de empleados agrícolas durante el periodo de nómina en el que cayó el 12 de marzo de 1998	1	
2	Total de salarios sujetos a la contribución para el seguro social (vea las instrucciones)	2	
3	Contribución al seguro social (multiplique la línea 2 por el 12.4%, o sea, .124)	3	
4	Total de salarios sujetos a la contribución Medicare (vea las instrucciones)	4	
5	Contribución al seguro Medicare (multiplique la línea 4 por el 2.9%, o sea, .029)	5	
6			
7	Total de contribuciones (sume las líneas 3 y 5)	7	
8	Ajuste a las contribuciones (vea las instrucciones y adjunte la Forma 941cPR)	8	
9	Total de las contribuciones federales, según se han ajustado (la línea 7 según ajustada por la línea 8)	9	
10			
11			
12	Total de depósitos hechos en 1998, incluyendo cualquier exceso pagado en 1997, según consta en sus récords	12	
13	<b>Balance pendiente de pago</b> (reste la línea 12 de la línea 9—vea las instrucciones). Pague al "United States Treasury"	13	
14	Si la cantidad de la línea 12 es mayor que la de la línea 9, anote el exceso aquí ▶ \$ ..... y marque su preferencia: <input type="checkbox"/> debe ser acreditado a la próxima planilla o <input type="checkbox"/> debe ser reintegrado.		

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea 13 es menos de \$500, no tiene que completar este registro ni la Forma 943A-PR.
- **Depositantes bisemanales:** Complete la Forma 943A-PR y marque aquí
- **Depositantes mensuales:** Complete el registro siguiente y marque aquí

**REGISTRO MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN CONTRIBUTIVA. No lo complete si usted es un depositante de itinerario mensual.**

Período para depositar terminado el:	Obligación contributiva para el mes	Instrucciones
A 31 de enero	A	Si sus contribuciones para el año (línea 9) ascienden a menos de \$500, usted no tiene que llenar este registro. Usted puede enviar su pago del balance adeudado junto con la Forma 943-PR, o puede depositarlo para el 1 de febrero de 1999.  Si usted es un depositante de itinerario mensual, anote su obligación contributiva en la línea correspondiente a ese mes. Vea las "Reglas para los depósitos", en la página 4.  La obligación contributiva total para el año (la línea M) deberá ser igual al total de la contribución federal (la línea 9). (El Servicio Federal de Rentas Internas usa la información que aparece en los cupones de depósito de contribuciones federales (Forma 8109) o sus depósitos electrónicos para obtener la fecha y el importe de sus depósitos.)
B 28 de febrero	B	
C 31 de marzo	C	
D 30 de abril	D	
E 31 de mayo	E	
F 30 de junio	F	
G 31 de julio	G	
H 31 de agosto	H	
I 30 de septiembre	I	
J 31 de octubre	J	
K 30 de noviembre	K	
L 31 de diciembre	L	
M Obligación total para el año (sume las líneas de la A a la L)	M	

Conociendo el castigo que conlleva el delito de perjurio, afirmo que esta planilla, incluyendo los anexos e informes adjuntos, ha sido examinada por mí y según mi leal saber y entender es verídica, completa y correcta.

Firma ▶ Escriba su nombre y título (Dueño, etc.) ▶ Fecha ▶

**Guarde esta copia y una copia de todo anexo o documento pertinente.**

Explique cualquier ajuste que corresponda a un año anterior que usted reporte en la **Forma 941cPR**, Planilla para la Corrección de Información Facilitada Anteriormente en Cumplimiento con la Ley del Seguro Social y del Seguro Medicare, o incluya en una declaración aparte la siguiente información:

- Una explicación del error que usted corrige;
- El año o los años en los cuales se cometió el error y la parte del error que aplica a cada año;
- El año en que descubrió el error;
- Si intenta corregir una retención excesiva de la contribución al Seguro Social y al Medicare, el hecho de que usted ha reembolsado al empleado la cantidad de la contribución al seguro social y al Medicare deducida en exceso, y el hecho de que usted ha obtenido del empleado una declaración escrita en la que éste manifiesta que no ha radicado ni radicará una reclamación de reembolso o de crédito por la cantidad retenida en exceso.

Si usted radicó una Forma 943-PR en la cual omitió o informó incorrectamente salarios pagados a sus empleados, envíe una Forma 941cPR o una declaración escrita en la que indique la cantidad de salarios que informó anteriormente y la cantidad correcta que debió haber informado. Debido a que la Administración del Seguro Social usa la Forma 499 R-2/W-2 PR para acreditar la contribución de los empleados, prepare una Forma 499 R-2c/W-2c PR para hacer cualquier corrección. Envíe la copia A a la Administración del Seguro Social junto con la Forma W-3cPR. Entregue las copias B y C de la Forma 499 R-2c/W-2c PR a los empleados afectados por la corrección. Puede obtener las Formas 941cPR y W-3cPR, Transmisión de Comprobantes de Retención Corregidos, poniéndose en contacto con la oficina del Servicio Federal de Rentas Internas. Comuníquese con el Departamento de Hacienda de Puerto Rico para obtener las Formas 499 R-2c/W-2c PR.

**Línea 13. Balance pendiente de pago.** Usted deberá tener un balance pendiente de pago solamente si menos de \$500 y/o es un depositante de itinerario mensual y hace los pagos de acuerdo a la "Regla de exactitud de los depósitos".

**Importante:** Anote en el cheque o giro su número de identificación patronal, Forma 943-PR y "1998". Haga su cheque o giro a la orden del "United States Treasury." Usted no tiene que pagar el saldo si la línea 13 es menos de \$1.

**Excepción.** El balance pendiente de pago puede ser de \$500 ó más si usted está efectuando pagos de acuerdo a la **Regla de exactitud de los depósitos**, la cual se explica más adelante. Si la línea 9 es \$500 ó más y usted hizo todos los depósitos a su debido tiempo, la cantidad indicada en la línea 13 (balance pendiente de pago) deberá ser cero.

**Línea 14.** Si usted depositó más de la cantidad correcta de depositar para el año, puede optar por recibirla como reembolso o por aplicarla a su planilla de contribución para el próximo año.

**Aviso:** Si la cantidad del exceso es menos de \$1, le enviaremos un reembolso por la misma o se la aplicaremos a su próxima planilla de contribución, únicamente si usted así lo solicita por escrito.

**Requisitos para los depósitos.** Generalmente, usted debe depositar las contribuciones para el seguro social y Medicare de \$500 ó más por vías electrónicas, en una institución financiera autorizada o en un banco de la Reserva Federal. Vea la Circular PR para más información.

**Importante:** Al comenzar con la Forma 943-PR del año 1999, si su obligación contributiva neta para el año (la línea 9) es menos de \$1,000, usted no estará obligado a hacer depósitos de contribución. Usted puede optar por pagar en su totalidad la cantidad adeudada al radicar la Forma 943-PR para tal año.

**Requisito de hacer los depósitos por medios electrónicos.** Si el total de sus depósitos de las contribuciones al seguro social y al seguro Medicare excedieron de \$50,000 durante 1997, deberá hacer sus depósitos mediante la transferencia electrónica de fondos de **todas** las contribuciones por depositar adeudadas después de 1998, usando el **Electronic Federal Tax Payment System (EFTPS)**. (Sin embargo, si la primera vez que usted estuvo obligado a usar el sistema EFTPS fue el 1 de julio de 1997, o después, no se le impondrá ninguna multa o penalidad por no usar tal sistema sobre las obligaciones contributivas que surjan el, o antes del, 31 de diciembre de 1998). Si ya tuvo que depositar contribuciones mediante la transferencia electrónica de fondos, siga haciendo lo mismo durante 1999 también. Si usted está obligado a depositar mediante la transferencia electrónica de fondos y no lo hace, pudiera estar sujeto a una multa del 10%. Si no está obligado a hacerlo, podrá hacerlo voluntariamente. Para más información, llame al 1-800-945-8400 ó al 1-800-555-4477. (Estos números son exclusivamente para información sobre el sistema EFTPS.) Para información general sobre el sistema EFTPS, llame al 1-800-829-1040.

#### Reglas para los depósitos

Las reglas para depositar contribuciones establecen que usted es (1) depositante mensual o (2) depositante bisemanal. Sin embargo, si acumula contribuciones ascendentes a \$100,000 ó más en cualquier momento durante un período de depósito, usted estará sujeto a la "Regla de depositar \$100,000 el próximo día", la cual se explica más adelante. El Servicio Federal de Rentas Internas le notificará en el mes de noviembre de cada año si usted será un depositante mensual o bisemanal durante el año natural (calendario) siguiente. Si no recibe la notificación, usted deberá determinar si es depositante mensual o bisemanal usando las reglas que aparecen más abajo. Usted determinará si es depositante mensual o bisemanal al comienzo del año natural (calendario) tomando como base el total de contribuciones que informó en la Forma 943-PR original en el período retroactivo (el cual se explica en la Circular PR).

Para más detalles, vea la Circular PR.

**Regla de exactitud de los depósitos.** Usted cumplirá con su obligación de depositar las contribuciones si deposita a tiempo por lo menos el 98% de la cantidad de contribuciones que está obligado a depositar o si deposita a tiempo todas las contribuciones que esté obligado a depositar, menos \$100. Para que esta regla aplique, usted deberá depositar cualquier cantidad pagada de menos de la manera explicada en la Circular PR, sección 12, bajo "Exactitud de los depósitos (Regla del 98%)".

**Excepción de \$500.** Si usted acumula menos de \$500 en contribuciones durante el año, no se requiere que las deposite. En ese caso puede enviar el pago junto con la planilla cuando radique la misma. Sin embargo, si usted no está seguro de que va a acumular menos de \$500 en contribuciones durante el año, deberá hacer un depósito de acuerdo a las reglas que aplican en su caso y así no estará sujeto a que se le impongan multas por no depositar a tiempo.

**Penalidad por recobro del Fondo Fiduciario.** Si las contribuciones al seguro social y al Medicare que deben ser retenidas no se retienen o no son pagadas al "United States Treasury", la penalidad por recobro del Fondo Fiduciario podría imponerse. La penalidad es igual al 100% de la cantidad de contribuciones dejadas de pagar. Esta penalidad se le pudiera imponer a usted si la cantidad de contribuciones sin pagar no se le puede cobrar inmediatamente al patrono o al negocio.

La penalidad por recobro del Fondo Fiduciario se le pudiera imponer a todas las personas que el Servicio Federal de Rentas Internas determine que son responsables de cobrar, pagar y responder por estas contribuciones, y que hayan dejado de hacerlo intencionalmente. Vea la Circular PR para más detalles.

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.** Solicitamos la información requerida en esta planilla para cumplir con las leyes que regulan la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. La necesitamos para computar y cobrar la cantidad correcta de contribución. El Subtítulo C, las Contribuciones por Razón del Empleo del Código Federal de Rentas Internas, impone dichas contribuciones y requiere que el patrono se les retenga a sus empleados. Se usa esta planilla para reportar la cantidad de contribuciones debidas. La sección 6011 requiere que el patrono provea la información solicitada si le corresponde la contribución. La sección 6109 del Código requiere que usted incluya su número de identificación del contribuyente (EIN). La información facilitada en esta planilla puede ser compartida con el Departamento de la Justicia para casos de litigio civil y criminal y con las ciudades, estados y el Distrito de Columbia a fin de ayudarlos en administrar sus leyes contributivas respectivas. Si usted no nos provee esta información de una manera oportuna, pudiera estar sujeto a pagar multas e interés.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en una forma de contribución sujeta a la Ley de Reducción de Trámites a menos que la misma muestre un número de control válido de la OMB (*Office of Management and Budget*). Los libros o récords relativos a esta forma o sus instrucciones deberán ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la administración de cualquier ley contributiva federal. Por regla general, las planillas de contribución y cualquier información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103 del Código.

El tiempo que se necesita para completar y radicar esta planilla varía de acuerdo a las circunstancias individuales de cada contribuyente. El promedio de tiempo estimado es el siguiente: Mantener los récords, 7 horas y 53 min.; aprendiendo acerca de la ley o de esta planilla, 40 min.; preparando esta planilla, 1 hora y 45 min.; copiar, organizar y enviar esta planilla al IRS, 16 min.

Si desea hacer cualquier comentario acerca de la exactitud de estos estimados de tiempo o si tiene alguna sugerencia que ayude a que esta planilla sea más sencilla, usted puede escribir al *Tax Forms Committee, Western Area Distribution Center, Rancho Cordova, CA 95743-0001*. **NO** envíe esta planilla a esta oficina. Vea las instrucciones anteriormente para la información acerca del lugar donde deberá radicarla.

