





**INFORME DE COMPROBANTES DE RETENCIÓN**

Clase de pagador 	1 Regular <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 Salarios	5 Total de comprobantes adjuntos
	Doméstico <input type="checkbox"/>	Medicare-Empleados Gubernamentales <input type="checkbox"/>			6 Comisiones	7 Total de salarios FICA
8 Número de identificación patronal			9 Otro número de identificación patronal usado este año		10 Total	11 Total de la contribución FICA retenida
12 Nombre y dirección del patrono (Si la tiene, coloque la etiqueta en este espacio)					13 Contribución retenida	14 Propinas FICA
					15 Fondo de retiro	16 Contribución FICA sobre propinas no retenida

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla y los documentos adjuntos, y que, a mi mejor saber y entender, son verídicos, correctos y completos.

Firma  Titulo (Dueño, etc.)  Fecha 

Desprenda por esta línea

**Información general**

**Aviso sobre la Ley de Reducción de Trámites.**—Solicitamos esta información para cumplir con las leyes que regulan la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. La necesitamos para asegurar que los contribuyentes cumplen con esas leyes y para computar y cobrar correctamente su adeudo contributivo. Usted está obligado a suministrarnos cualquier información solicitada.

El tiempo que se necesita para llenar y radicar esta forma variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El promedio de tiempo que se estima para completar esta forma es de 18 minutos. Si desea hacer cualquier comentario acerca de la exactitud de este tiempo o si tiene alguna sugerencia que ayude a que esta forma sea más sencilla, por favor, envíenos los mismos. Puede enviarnos sus comentarios y sugerencias a:

**Internal Revenue Service, Washington, DC 20224, Atención: IRS Reports Clearance Officer T:FP, o a: Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1545-0008), Washington, DC 20503.**

Instamos a los patronos y a otros pagadores que disponen de una computadora a que faciliten en medios magnéticos (cintas magnetofónicas, discos magnéticos, etc.) la información requerida en la Forma 499R-2/W-2PR, Comprobante de Retención.

El uso de medios magnéticos ahorra dinero y posibilita mayor eficiencia y flexibilidad en el procesamiento de datos.

Para obtener instrucciones sobre la manera de usar medios magnéticos para

facilitar la información solicitada en la Forma 499R-2/W-2PR, escriba a la *Social Security Administration, Office of Systems Requirements*, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235, o comuníquese con la oficina distrital de la Administración del Seguro Social en Puerto Rico.

**Por qué se usa la forma.**—Se usa la Forma W-3PR para enviar los originales de las Formas 499R-2/W-2PR a la Administración del Seguro Social.

**Quién debe radicar la forma.**—Los patronos y otros pagadores deben radicar la Forma W-3PR para enviar las Formas 499R-2/W-2PR.

Un remitente (incluyendo una agencia de servicios, un agente pagador o un agente de desembolsos) puede firmar la Forma W-3PR por el patrono o el pagador sólo si el remitente:

- a) Está autorizado por un acuerdo de agencia (un acuerdo verbal, por escrito o implícito) válido conforme a la ley estatal; y
- b) Escribe "Por (nombre del pagador)" junto a la firma.

Si un remitente autorizado firma por el pagador, éste último es responsable de radicar, para la fecha de vencimiento, una Forma W-3PR correcta y completa con los anexos necesarios y está sujeto a cualesquier multas que resulten por no haber cumplido con estos requisitos.

**Cuándo se debe radicar.**—Radique la Forma W-3PR, con las Formas 499R-2/W-2PR adjuntas, para el 28 de febrero de 1991.

**Adónde se envía.**—Envíe las formas a la *Social Security Administration, Wilkes-Barre Data Operations Center, Wilkes-Barre, PA 18769.*

**Cómo enviar las formas.**—Si tiene muchos comprobantes para enviar con una sola Forma W-3PR, puede enviarlos en paquetes separados. En este caso, anote sobre cada paquete su nombre y su número de identificación patronal. Numere los paquetes en orden. (Por ejemplo, si hay cuatro paquetes, se marcan "1 de 4", "2 de 4", "3 de 4", "4 de 4".) Anote el número de paquetes al pie de la Forma W-3PR, debajo de la fecha. Si envía los paquetes por correo, deberá usar la tarifa de primera clase.



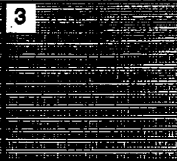
**Cómo se llena la Forma W-3PR.**—Escriba a maquina o con letra de molde. Para anotar las cifras en dólares, omita el signo (\$), pero no omita el punto decimal (000.00).

**Compensación por enfermedad.** A la compensación por enfermedad pagada a un empleado por un tercero, tal como una compañía de seguros o un agente fiduciario, se le deberá tratar de una forma especial al finalizar el año debido a que el Servicio Federal de Rentas Internas concilia las Formas 941PR de un patrono con las Formas 499R-2/W-2PR y W-3PR que se radican al terminar el año. Vea la **Circular PR**, Guía Contributiva Federal para Patronos Puertorriqueños, para obtener información acerca de quién deberá preparar la Forma 499R-2/W-2PR y la Forma W-3PR. Si el tercero pagador le notifica al patrono que ha hecho pagos de compensación por enfermedad, por favor, siga las instrucciones a continuación:

**Tercero pagador.**—Debido a que usted le retuvo la contribución al seguro social a personas por las cuales no radica la Forma 499R-2/W-2PR, usted deberá radicar, por separado, una Forma W-3PR

(Continúa en la página 3)

**TRANSMITTAL OF WITHHOLDING STATEMENTS**

Kind of Payer 	1 Regular <input type="checkbox"/>	Agriculture <input type="checkbox"/>	2 	3 	4 Wages	5 Total number of statements
	Household <input type="checkbox"/>	Medicare gov't emp. <input type="checkbox"/>			6 Commissions	7 FICA wages
8 Employer identification number			9 Other EIN used this year		10 Total	11 FICA tax withheld
12 Name and address of employer (if available, place label over box 12.)					13 Tax withheld	14 FICA tips
					15 Retirement fund	16 Uncollected FICA tax on tips

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return, including accompanying documents, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Signature  Title  Date 

----- Detach along this line -----

**General Information**

**Paperwork Reduction Act Notice.**—We ask for this information to carry out the Internal Revenue laws of the United States. We need it to ensure that taxpayers are complying with these laws and to allow us to figure and collect the right amount of tax. You are required to give us this information.

The time needed to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is 18 minutes. If you have comments concerning the accuracy of this time estimate or suggestions for making this form more simple, we would be happy to hear from you. You can send your comments to the **Internal Revenue Service**, Washington, DC 20224, Attention: IRS Reports Clearance Officer T:FP; or the **Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1545-0008)**, Washington, DC 20503.

We encourage employers and other payers with computer capability to use magnetic media for filing Form 499R-2/W-2PR, Withholding Statement. Filers find that reporting on magnetic media saves money, and is efficient and flexible. You can get the specifications for reporting the Form 499R-2/W-2PR information on magnetic media by writing to the Social Security Administration, Office of Systems Requirements, P.O. Box 2317, Baltimore, MD 21235, or by contacting the

Social Security District Office in Puerto Rico.

**Purpose.**—Use Form W-3PR to transmit the Original copy of Forms 499R-2/W-2PR to the Social Security Administration.

**Who Must File.**—Employers and other payers must file Form W-3PR to transmit Forms 499R-2/W-2PR.

A transmitter or sender (including a service bureau, paying agent, or disbursing agent) may sign Form W-3PR for the employer or payer only if the sender:

- (a) Is authorized to sign by an agency agreement (either oral, written, or implied) that is valid under state law; and
- (b) Writes "For (name of payer)" next to the signature.

If an authorized sender signs for the payer, the payer is still responsible for filing, when due, a correct and complete Form W-3PR and attachments, and is subject to any penalties that result from not complying with these requirements.

**When to File.**—File Form W-3PR with attached Forms 499R-2/W-2PR by February 28, 1991.

**Where to File.**—File with the Social Security Administration, Wilkes-Barre Data Operations Center, Wilkes-Barre, PA 18769.

**Shipping and Mailing.**—If you have a large number of forms to file with one W-3PR, you may send them in separate packages. Show your name and employer

identification number on each package. Number them in order (1 of 4, 2 of 4, etc.). Show the number of packages at the bottom of Form W-3PR below the date. If you send them by mail, you must send them first class.

**How to Complete Form W-3PR.**—Please print or type entries if possible. Make all dollar entries without the dollar sign but with the decimal point (000.00).

**Sick pay.**—Sick pay paid to an employee by a third party such as an insurance company or trust requires special treatment at year-end because IRS reconciles an employer's Forms 941PR with the Forms 499R-2/W-2PR and W-3PR filed at the end of the year. See **Circular PR**, Guía Contributiva Federal para Patronos Puertorriqueños, for information on who should prepare the Forms 499R-2/W-2PR and W-3PR. If the third party notifies the employer about the sick-pay payments, follow the instructions below.

**Third-party payers.**—Because you withheld social security tax from persons for whom you do not file Forms 499R-2/W-2PR, you must file a separate Form W-3PR with a single "dummy" Form 499R-2/W-2PR that shows the words "Third-party sick pay" in place of the employee's name (box 1); the total of all sick pay subject to employee FICA tax (box 8); and the employee FICA tax withheld (box 12). On the separate Form W-3PR complete only boxes 1, 7, 8, 11, 12, and 13.

(Continued on page 4)

**INFORME DE COMPROBANTES DE RETENCIÓN**

<b>Clase de pagador</b>	<b>1 Regular</b> <input type="checkbox"/>	<b>Agrícola</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 Salarios</b>	<b>5 Total de comprobantes adjuntos</b>
	<b>Doméstico</b> <input type="checkbox"/>	<b>Medicare-Empleados Gubernamentales</b> <input type="checkbox"/>			<b>6 Comisiones</b>	<b>7 Total de salarios FICA</b>
<b>8 Número de identificación patronal</b>			<b>9 Otro número de identificación patronal usado este año</b>		<b>10 Total</b>	<b>11 Total de la contribución FICA retenida</b>
<b>12 Nombre y dirección del patrono (Si la tiene, coloque la etiqueta en este espacio)</b>  <div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold; border: 1px solid black; padding: 10px;">                 SU COPIA             </div>					<b>13 Contribución retenida</b>	<b>14 Propinas FICA</b>
					<b>15 Fondo de retiro</b>	<b>16 Contribución FICA sobre propinas no retenida</b>

junto con una Forma 499R-2/W-2PR substituta. Escriba en el encasillado uno (1) de la Forma 499R-2/W-2PR "Third-party sick pay" (Tercero pagador de compensación por enfermedad), en vez del nombre del empleado. En el encasillado ocho (8) anote el total de la compensación por enfermedad pagada al empleado sujeta a la contribución al seguro social del empleado. En el encasillado doce (12) escriba la cantidad de contribución al seguro social retenida al empleado. En la Forma W-3PR que usted preparará por separado llene solamente los encasillados 1, 7, 8, 11, 12 y 13.

**Patronos.**—Si durante 1990 tuvo empleados que recibieron pagos de compensación por enfermedad procedentes de una compañía de seguros, o de cualquier otro tercero pagador, usted deberá informar en el encasillado ocho (8) de la Forma 499R-2/W-2PR del empleado la cantidad de compensación por enfermedad sujeta a la contribución al seguro social y en el encasillado doce (12) la cantidad de contribución al seguro social del empleado retenida por el tercero pagador.

Si no incluye cualquier parte del pago de compensación por enfermedad en el ingreso del empleado debido a que éste pagó una porción de las primas, usted deberá informar al empleado la parte del pago excluida.

El patrono tiene la opción de incluir la compensación por enfermedad pagada por terceros junto con los salarios informados en la Forma 499R-2/W-2PR, o de informar la compensación por separado en una segunda Forma 499R-2/W-2PR,

en la que indicará que la cantidad fue compensación por enfermedad pagada por un tercero.

**Instrucciones específicas**

**Encasillado 1. Clase de pagador.**— Marque con una X el encasillado que describe el tipo de trabajo que sus empleados desempeñan. Marque solamente un encasillado.

Si radica la planilla en la Forma 941PR, marque con una X el encasillado "Regular."

Si radica la planilla en la Forma 943PR, marque con una X el encasillado "Agrícola."

Si radica la planilla en la Forma 942PR, marque con una X el encasillado "Doméstico."

Marque con una X el encasillado "Medicare-Empleados Gubernamentales", si el patrono es el gobierno federal, el gobierno de Puerto Rico, un municipio o una agencia de éstos y sus empleados están sujetos solamente al 1.45% de contribución para beneficios hospitalarios de Medicare.

**Encasillados 4, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15 y 16.**—En estos encasillados de la Forma W-3PR anote los totales de las Formas 499R-2/W-2PR que está enviando. Notará que no todos los números de los encasillados de las dos formas se corresponden, por tanto, use la lista que aparece a continuación ya que la misma indica el encasillado de la Forma W-3PR que usted deberá usar para informar cada uno de los totales de las Formas 499R-2/W-2PR.

Encasillado de la Forma 499R-2/W-2PR	Encasillado de la Forma W-3PR
Encasillado 4 . . .	Encasillado 4
Encasillado 7a . . .	Encasillado 6
Encasillado 8 . . .	Encasillado 7
Encasillado 11 . . .	Encasillado 10
Encasillado 12 . . .	Encasillado 11
Encasillado 13 . . .	Encasillado 13
Encasillado 14 . . .	Encasillado 14
Encasillado 15 . . .	Encasillado 15
Encasillado 16 . . .	Encasillado 16


**Encasillado 5, Total de comprobantes adjuntos.**—Anote el número de Formas 499R-2/W-2PR que envía con esta Forma W-3PR.

**Encasillado 8, Número de identificación patronal.**—Anote el número asignado a usted por el Servicio Federal de Rentas Internas—IRS. Éste consiste de dos cifras, un guión y siete cifras (00-000000). No use el número de un propietario anterior.


**Encasillado 9, Otro número de identificación patronal usado este año.**—Si usted ha usado un número de identificación patronal (incluyendo el número de un propietario anterior) en las Formas 941PR, 942PR o 943PR, radicadas para 1990, que es distinto al número de identificación patronal informado en el encasillado 8 de este informe, anote aquí el número que usó.

**Encasillado 12, Nombre y dirección del patrono.**—Anote su nombre, número y calle, ciudad, estado y código postal "ZIP." Si es posible, use la etiqueta impresa. Haga las correcciones necesarias al nombre y dirección en la etiqueta.

**TRANSMITTAL OF WITHHOLDING STATEMENTS**

Kind of Payer 	1 Regular <input type="checkbox"/>	Agriculture <input type="checkbox"/>	2	3	4 Wages	5 Total number of statements
	Household <input type="checkbox"/>	Medicare gov't. emp. <input type="checkbox"/>			6 Commissions	7 FICA wages
8 Employer identification number			9 Other EIN used this year		10 Total	11 FICA tax withheld
<b>YOUR COPY</b>					13 Tax withheld	14 FICA tips
					15 Retirement fund	16 Uncollected FICA tax on tips
					12 Name and address of employer (if available, place label over box 12.)	

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return, including accompanying documents, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Signature  Title  Date 

**Employers.**—If you had employees who received sick pay in 1990 from an insurance company or other third-party payer, you must report on the employee's Form 499R-2/W-2PR the amount of sick pay subject to FICA tax (box 8) and the employee FICA tax withheld by the third-party payer (box 12).

If any portion of the payment is not includible in the employee's income because the employee paid part of the premiums, you must notify the employee of the excludable portion.

Employers can include these amounts in the Form 499R-2/W-2PR they issue their employees showing wages, or they can give their employees a separate Form 499R-2/W-2PR and state that the amounts are for third-party sick pay.

Put an X in the Agriculture box if you are an agricultural employer and file Form 943PR.

Put an X in the Household box if you are a household employer and file Form 942PR.

Put an X in the Medicare government employee box if you are a U.S., Puerto Rican or local agency with employees subject only to the 1.45% hospital insurance benefits (medicare) tax.

**Boxes 4, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, and 16.**—In these boxes on Form W-3PR report totals from the Forms 499R-2/W-2PR you are transmitting. Not all item numbers on the two forms match, but the following list shows which box of Form W-3PR you should use to report each of the totals from Forms 499R-2/W-2PR.

Form 499R-2/W-2PR	Form W-3PR
Box 4 . . . . .	Box 4
Box 7a . . . . .	Box 6
Box 8 . . . . .	Box 7
Box 11 . . . . .	Box 10
Box 12 . . . . .	Box 11
Box 13 . . . . .	Box 13
Box 14 . . . . .	Box 14
Box 15 . . . . .	Box 15
Box 16 . . . . .	Box 16

**Box 5—Total Number of Statements.**—Enter the number of Forms 499R-2/W-2PR you are sending with this Form W-3PR.

**Box 8—Employer Identification Number.**—Enter the number assigned to you by the U.S. Internal Revenue Service. This should be shown as 00-0000000. **Do not use a prior owner's number.**

**Box 9—Other EIN used this year.**—If you have used an employer identification number (including a prior owner's number) on Forms 941PR, 942PR, or 943PR submitted for 1990 that is different from the employer identification number reported in box 8 on this form, enter the other employer identification number used.

**Box 12—Employer's Name and Address.**—Enter the employer's name, street address, city, state, and ZIP code. Use the preprinted label if possible. Make any corrections to the name or address on the label.

**Specific Instructions**

**Box 1—Kind of Payer.**—Put an X in the box that describes the kind of employment. Mark only one box.

Put an X in the Regular box if you file Form 941PR.