

Planilla para la Declaración Anual de la Contribución Federal del Patrono de Empleados Agrícolas

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

▶ Visite www.irs.gov/Form943PR para obtener las instrucciones y la información más reciente.

2021

Escriba a Maquinilla o en Letra de Molde

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre (el de usted, no el del negocio) | Número de identificación patronal (EIN) |
| Nombre comercial, si existe | |
| Dirección (calle y número) | |
| Ciudad o pueblo, estado o provincia, país y código postal (ZIP) o código postal extranjero | |

Si su dirección no es la misma que apareció en su planilla anterior, marque esta casilla

Si no tiene que radicar esta planilla en el futuro, marque esta casilla

| | | | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Número de empleados agrícolas durante el período de nómina que incluye el 12 de marzo de 2021 | | 1 | |
| 2 | Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social* | 2 | | *Incluya en la línea 2 los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados sujetos a contribución por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021. Use las líneas 2a y 2b sólo para declarar los salarios pagados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021. |
| a | Salarios de licencia por enfermedad calificados* | 2a | | |
| b | Salarios de licencia familiar calificados* | 2b | | |
| 3 | Contribución al Seguro Social (multiplique la línea 2 por 12.4% (0.124)) | | 3 | |
| a | Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia por enfermedad calificados (multiplique la línea 2a por 6.2% (0.062)) | | 3a | |
| b | Contribución al Seguro Social por los salarios de licencia familiar calificados (multiplique la línea 2b por 6.2% (0.062)) | | 3b | |
| 4 | Salarios sujetos a la contribución al Medicare | 4 | | |
| 5 | Contribución al Medicare (multiplique la línea 4 por 2.9% (0.029)) | | 5 | |
| 6 | Salarios sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare | 6 | | |
| 7 | Retención de la Contribución Adicional al Medicare (multiplique la línea 6 por 0.9% (0.009)) | | 7 | |
| 8 | | | | |
| 9 | Total de contribuciones antes de los ajustes. Sume las líneas 3, 3a, 3b, 5 y 7 | | 9 | |
| 10 | Ajustes del año en curso | | 10 | |
| 11 | Total de las contribuciones después de los ajustes (la línea 9 según ajustada por la línea 10) | | 11 | |
| 12a | Crédito contributivo sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas. Adjunte el Formulario 8974 | | 12a | |
| b | Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021 | | 12b | |
| c | Porción no reembolsable del crédito de retención de empleados | | 12c | |
| d | Porción no reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 | | 12d | |
| e | Porción no reembolsable del crédito de asistencia para las primas de COBRA | | 12e | |
| f | Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA | | | |
| g | Total de créditos no reembolsables. Sume las líneas 12a, 12b, 12c, 12d y 12e | | 12g | |
| 13 | Total de las contribuciones después de los ajustes y créditos no reembolsables. Reste la línea 12g de la línea 11 | | 13 | |

TIENE que completar las tres páginas del Formulario 943-PR y luego FIRMARLO.

Página siguiente ▶

| | | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| 14a | Total de depósitos hechos en 2021, incluyendo todo exceso pagado y aplicado de un año anterior y cantidad pagada en exceso aplicada del Formulario 943-X (PR) | 14a | |
| b | Reservada para uso futuro | 14b | |
| c | Reservada para uso futuro | 14c | |
| d | Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021 | 14d | |
| e | Porción reembolsable del crédito de retención de empleados | 14e | |
| f | Porción reembolsable del crédito por los salarios de licencia por enfermedad y familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 | 14f | |
| g | Porción reembolsable del crédito de asistencia para las primas de <i>COBRA</i> | 14g | |
| h | Total de depósitos y créditos reembolsables. Sume las líneas 14a , 14d , 14e , 14f y 14g | 14h | |
| i | Total de anticipos recibidos por la radicación del (de los) Formulario(s) 7200(SP) para el año | 14i | |
| j | Total de depósitos y créditos reembolsables menos anticipos. Reste la línea 14i de la línea 14h | 14j | |
| 15 | Saldo adeudado. Si la línea 13 es mayor que la línea 14j , anote la diferencia y vea las instrucciones ▶ | 15 | |
| 16 | Cantidad pagada en exceso. Si la línea 14j es mayor que la línea 13 , anote la diferencia ▶ | 16 | |

Marque uno: Aplíquese a la próxima planilla. Envíe un reembolso.

- **Todos los contribuyentes:** Si la línea **13** es menos de \$2,500, **no complete** la línea **17** ni el Formulario 943A-PR.
- **Depositantes de itinerario bisemanal:** Complete el Formulario 943A-PR y marque aquí ▶
- **Depositantes de itinerario mensual:** Complete la línea **17** y marque aquí ▶

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 17 Registro Mensual de la Obligación Contributiva Federal. (No lo complete si es depositante de itinerario bisemanal). | | | | | |
| | Obligación contributiva para el mes | | Obligación contributiva para el mes | | Obligación contributiva para el mes |
| A enero . . . | | | F junio . . . | | |
| B febrero . . . | | | G julio . . . | | |
| C marzo . . . | | | H agosto . . . | | |
| D abril . . . | | | I septiembre . . . | | |
| E mayo . . . | | | J octubre . . . | | |
| | | | K noviembre . . . | | |
| | | | L diciembre . . . | | |
| | | | M Obligación total para el año (sume las líneas A a L) | | |

| | | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|
| 18 | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021 | 18 | |
| 19 | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia familiar calificados por la licencia tomada antes del 1 de abril de 2021 | 19 | |
| 20 | Salarios calificados para el crédito de retención de empleados | 20 | |
| 21 | Gastos calificados del plan de salud para el crédito de retención de empleados. | 21 | |

TIENE que completar las tres páginas del Formulario 943-PR y luego FIRMARLO.

Página siguiente ▶

| | | | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|--|
| 22 | Salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 | 22 | | |
| 23 | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea 22 | 23 | | |
| 24 | Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea 22 | 24 | | |
| 25 | Salarios de licencia familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 | 25 | | |
| 26 | Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea 25 | 26 | | |
| 27 | Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea 25 | 27 | | |
| 28 | Si es elegible para el crédito de retención de empleados en el tercer trimestre únicamente porque su negocio es un startup (negocio emergente) en recuperación, anote cualquier cantidad del tercer trimestre que se incluye en las líneas 12c y 14e | 28 | | |
| 29 | Si es elegible para el crédito de retención de empleados en el cuarto trimestre únicamente porque su negocio es un startup (negocio emergente) en recuperación, anote cualquier cantidad del cuarto trimestre que se incluye en las líneas 12c y 14e | 29 | | |

Tercero Autorizado ¿Desea permitir que otra persona hable sobre esta planilla con el *IRS*? Vea las instrucciones. **Sí**. Complete lo siguiente. **No**.

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre de esta persona ▶ | Número de teléfono ▶ | Número de identificación personal (PIN) ▶ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Firme Aquí Bajo pena de perjurio, afirmo que he examinado esta planilla, incluyendo todos los anexos y declaraciones adjuntas, y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa. La declaración del preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tiene conocimiento.

Firma ▶ **Escriba su nombre y cargo ▶** **Fecha ▶**

| | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Para Uso Exclusivo Del Preparador Remunerado | Escriba a máquina o con letra de molde el nombre del preparador | Firma del preparador | Fecha | Marque aquí <input type="checkbox"/> si el preparador trabaja por cuenta propia <i>PTIN</i> |
| | Nombre de la empresa ▶ | EIN de la empresa ▶ | | |
| | Dirección de la empresa ▶ | Núm. de teléfono | | |

Formulario 943-V(PR), Comprobante de Pago

Propósito del Formulario

Complete el Formulario 943-V(PR) si incluye un pago con su Formulario 943-PR. El comprobante de pago debidamente completado se usará para acreditar adecuadamente el pago a su cuenta contributiva con mayor diligencia y para mejorar la calidad de nuestro servicio.

Cómo se Hacen Pagos con el Formulario 943-PR

Para evitar una multa, haga su pago con el Formulario 943-PR de 2021 **únicamente** si:

- Su contribución total después de los ajustes y créditos no reembolsables para el año (la línea **13** del Formulario 943-PR) suma menos de \$2,500 y paga la deuda por completo al radicar a tiempo su planilla o
- Usted es depositante de itinerario mensual que hace un pago de acuerdo con la **Regla de la exactitud de los depósitos**. Vea el apartado **11** de la Pub. 179 para más información. En este caso, la cantidad de su pago puede ser \$2,500 o más.

De lo contrario, tiene que depositar su pago mediante la transferencia electrónica de fondos. Vea el apartado **11** de la Pub. 179 para leer las instrucciones sobre cómo depositar. No use el Formulario 943-V(PR) para hacer depósitos de contribuciones federales.



Use el Formulario 943-V(PR) cuando haga pagos con el Formulario 943-PR. Sin embargo, si incluye pagos de contribución con su Formulario 943-PR que debían haber sido depositados, podría estar sujeto a pagar una multa. Vea **Multas relacionadas con los depósitos** en el apartado **11** de la Pub. 179.

Instrucciones Específicas

Encasillado 1: Número de identificación patronal (EIN). Si no tiene un *EIN*, puede solicitar uno en línea; visite el sitio web del *IRS* en www.irs.gov/EIN y pulse sobre *Español*. También puede solicitar un *EIN* enviando el Formulario SS-4PR al *IRS* por fax o por correo. Si ha solicitado un *EIN* pero no lo ha recibido para la fecha de vencimiento del Formulario 943-PR, escriba "Solicitado" y la fecha de su solicitud en el espacio para tal número.

Encasillado 2: Cantidad de su pago. Anote la cantidad que pagó al radicar el Formulario 943-PR.

Encasillado 3: Nombre y dirección. Anote su nombre y dirección comercial, tal como aparecen en el Formulario 943-PR.

- Incluya su cheque o giro a la orden de "United States Treasury" (Tesoro de los EE.UU.). Asegúrese de anotar su *EIN*, "Formulario 943-PR" y "2021" en su cheque o giro. No envíe dinero en efectivo. No engrape el Formulario 943-V(PR) ni su pago al Formulario 943-PR (ni uno con el otro).

- Desprenda el Formulario 943-V(PR) y envíelo con su pago y con el Formulario 943-PR a la dirección indicada en las Instrucciones para el Formulario 943-PR.

Nota: También tiene que completar la sección que aparece en la parte superior de la línea **1** en el Formulario 943-PR, la cual solicita la información sobre la entidad.



▼ **Desprenda Aquí y Envíe Junto con su Pago y el Formulario 943-PR.** ▼



| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Formulario 943-V(PR) Department of the Treasury Internal Revenue Service | Comprobante de Pago | OMB No. 1545-0035 |
| ▶ No engrape ni adhiera este comprobante ni su pago al Formulario 943-PR. | | 2021 |
| 1 Anote su número de identificación patronal (<i>EIN</i>). | 2 Anote aquí la cantidad de su pago . . . ▶ Haga su cheque o giro a la orden de "United States Treasury". | Dólares |
| | 3 Anote su nombre comercial (nombre personal, si es dueño único). Anote su dirección (calle y número). Anote su ciudad o pueblo, estado o provincia, país y código postal (<i>ZIP</i>) o código postal extranjero. | Centavos |