

January 08, 2014

Test Scenario 7
Lavender Begonia Incorporated
00-3888880

Forms Included in Scenario #7

- Form 941 PR
- Anexo B (Formulario 941-PR)
- Schedule R (Form 941)

Test Scenario 7 is for a General Partnership with no employees. The taxpayer is a semi-weekly schedule depositor. COBRA Premium Assistance Payments are included.

Formulario 941-PR para 2013: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

(Rev. enero de 2013)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Número de identificación patronal (EIN)	0	0	-	3	8	8	8	8	8	0
Nombre (el de usted, no el de su negocio)	LAVENDER BEGONIA INCORPORATED									
Nombre comercial (si alguno)										
Dirección	8TH STREET									
Número	Calle		Número de oficina o de habitación							
SAN JUAN			PR		00907					
Ciudad			Estado		Código postal (ZIP)					

Informe para este trimestre de 2013. (Marque uno).

- ☐ 1: enero, febrero, marzo
- ☐ 2: abril, mayo, junio
- ☐ 3: julio, agosto, septiembre
- ☒ 4: octubre, noviembre, diciembre

Puede encontrar instrucciones y formularios de años anteriores en www.irs.gov/form941pr.

Lea las instrucciones por separado antes de completar el Formulario 941-PR. Escriba a maquina o en letra de molde dentro de los encasillados.

Parte 1: Conteste las preguntas a continuación para este trimestre.

1	Número de empleados que recibieron salarios, propinas u otras remuneraciones durante el periodo de pago que incluye: el 12 de marzo (1er trimestre), 12 de junio (2º trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4º trimestre)	1	100
2			
3			
4	Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están sujetos a las contribuciones al Seguro Social y al Medicare	<input type="checkbox"/>	Marque aquí y pase a la línea 6.
5a	Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social	Columna 1	Columna 2
5b	Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social		
5c	Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare		
5d	Salarios y propinas sujetos a la retención adicional a la contribución al Medicare		
5e	Sume la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d	5e	
5f	Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)	5f	
6	Total de contribuciones antes de ajustes. (Sume las líneas 5e y 5f)	6	
7	Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual	7	
8	Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual	8	
9	Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual	9	
10	Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9	10	65025 . 00
11	Total de depósitos para este trimestre, incluyendo toda cantidad pagada en exceso aplicada de un trimestre anterior, y toda cantidad pagada en exceso aplicada del Formulario 941-X (PR) o 944-X (SP) radicado en el trimestre en curso	11	64025 . 00
12a	Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones)	12a	1000 . 00
12b	Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA		6
13	Sume las líneas 11 y 12a	13	
14	Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones	14	
15	Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia		

► TIENE que completar ambas páginas del Formulario 941-PR y luego FIRMARLO.

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

Página siguiente ►

Nombre (el de usted, no el de su negocio)	Número de identificación patronal (EIN)
LAVENDER BEGONIA INCORPORATED	00-3888880

Parte 2: Infórmenos sobre su itinerario de depósitos y obligación contributiva para este trimestre.

Si no está seguro de si es depositante de itinerario mensual o de itinerario bisemanal, vea el apartado 11 de la Pub. 179 (Circular PR).

16 Marque uno: ☐ La línea 10 de esta planilla o de la planilla del trimestre anterior es menos de \$2,500 y usted no tuvo una obligación de depositar \$100,000 el próximo día durante el trimestre en curso. Si la línea 10 del trimestre anterior era menos de \$2,500 pero la línea 10 de la planilla en curso es \$100,000 o más, usted tiene que proveer un registro de su obligación contributiva. Si es depositante de itinerario mensual, complete el itinerario de depósitos, a continuación; si es depositante de itinerario bisemanal, adjunte el Anexo B. Pase a la Parte 3.

☐ Era depositante de itinerario mensual para todo el trimestre. Anote la obligación contributiva para cada mes y la obligación contributiva para el trimestre, luego, pase a la Parte 3.

Obligación contributiva:	Mes 1		▪	00
	Mes 2		▪	00
	Mes 3		▪	00
	Total para el trimestre		▪	00

El total tiene que ser igual a la línea 10.

☒ Era depositante de itinerario bisemanal durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B del Formulario 941-PR: Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bisemanal, y adjúntelo al Formulario 941-PR.

Parte 3: Infórmenos sobre su negocio. Si cualquiera de las preguntas NO corresponde a su negocio, déjela en blanco.

17 Si su negocio ha dejado de operar o si usted ha dejado de pagar salarios ☐ Marque aquí y anote la última fecha en la que pagó salarios / / .

18 Si es patrono estacional y no tiene que radicar planillas para cada trimestre del año ☐ Marque aquí.

Parte 4: ¿Podemos comunicarnos con su tercero autorizado?

¿Desea permitir que un empleado, preparador remunerado u otra persona hable sobre esta planilla con el IRS? Vea las instrucciones para más detalles.

☐ Sí. Nombre y núm. de teléfono del tercero designado

Escoja un número de identificación personal (PIN) de 5 dígitos que se debe usar al hablar con el IRS.

☒ No.

Parte 5: Firme aquí. TIENE que completar ambas páginas del Formulario 941-PR y luego FIRMARLO.

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla, incluyendo los anexos e informes adjuntos, 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 tenga conocimiento.

X Firme su nombre aquí

Escriba su nombre en letra de molde aquí Milka Valdez Gonzalez

Escriba su cargo en letra de molde aquí SOCIO GENERAL

Fecha / /

Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día 1-787-939-5555

Para uso exclusivo del preparador remunerado

Marque aquí si usted trabaja por cuenta propia . . . ☐

Nombre del preparador	<input type="text"/>	PTIN	<input type="text"/>
Firma del preparador	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia)	<input type="text"/>	EIN	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Núm. de teléfono	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
		Código postal (ZIP)	<input type="text"/>

Anexo B (Formulario 941-PR):

Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bisemanal

(Rev. junio de 2011)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Número de identificación
patronal (EIN)

0	0	—	3	8	8	8	8	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nombre (el de usted, no
el de su negocio)

LAVENDER BEGONIA INC.

Año natural

2	0	1	3
---	---	---	---

(Marque también el trimestre a la derecha).

Informe para este trimestre...
(Marque uno).

- ☐ 1: enero, febrero, marzo
- ☐ 2: abril, mayo, junio
- ☐ 3: julio, agosto, septiembre
- ☒ 4: octubre, noviembre, diciembre

Use este anexo para mostrar su **OBLIGACIÓN CONTRIBUTIVA** para el trimestre; **NO LO USE** para mostrar sus depósitos de contribución. Cuando radique este formulario con el Formulario 941-PR no cambie su obligación contributiva por ajustes declarados en todo Formulario 941-X (PR). Tiene que llenar este formulario y adjuntarlo al Formulario 941-PR si es depositante de itinerario bisemanal o si su obligación contributiva acumulada en un día determinado fue \$100,000 o más. Anote sus obligaciones contributivas diarias en el espacio numerado que corresponda a la fecha en la cual se pagaron los salarios. Vea el apartado 11 de la Publicación 179 (Circular PR) Guía Contributiva Federal para Patronos Puertorriqueños, para más detalles.

Mes 1

1	1000	00	9		17		25		
2			10		18		26		
3			11		19		27		
4			12		20	19000	00	28	
5			13		21		29		
6	10000	00	14		22		30		
7			15		23		31		
8			16		24				

Obligación contributiva
para el Mes 1

■

Mes 2

1			9		17		25		
2			10		18		26	900	00
3			11		19	12000	00	27	
4			12		20		28		
5			13		21		29		
6			14		22		30		
7			15		23		31		
8	10000	00	16		24				

Obligación contributiva
para el Mes 2

■

Mes 3

1	10000	00	9		17		25	1125	00
2			10		18		26		
3			11		19		27		
4			12		20		28		
5			13		21		29		
6			14		22		30		
7			15	1000	00	23		31	
8			16		24				

Obligación contributiva
para el Mes 3

■

Escriba el total de su obligación contributiva para el trimestres (Mes 1 + Mes 2 + Mes 3) ►

El total tiene que ser igual a la cantidad de la línea 10 del Formulario 941-PR.

Obligación total para el
trimestre

■

Para el Aviso sobre la Ley de Reducción de Trámites, vea las
instrucciones por separado.

Cat. No. 12465Z

Anexo B (Formulario 941-PR) (Rev. 6-2011)

Schedule R (Form 941): Allocation Schedule for Aggregate Form 941 Filers

OMB No. 1545-0029

(Rev. January 2013)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

Employer identification number (EIN)	0	0	—	3	8	8	8	8	8	0
Name as shown on Form 941	LAVENDER BEGONIA INC.									

Read the instructions before you complete Schedule R (Form 941). Type or print within the boxes.
Complete a separate line for the amounts allocated to each of your clients.

Report for calendar year:

2013

Check the quarter (same as Form 941):

- ☐ 1: January, February, March
- ☐ 2: April, May, June
- ☐ 3: July, August, September
- ☒ 4: October, November, December

(a) Client's Employer Identification Number (EIN)	(b) Wages, tips, and other compensation allocated to the listed client EIN from Form 941, line 2	(c) Total income tax withheld from wages, tips, and other compensation allocated to the listed client EIN from Form 941, line 3	(d) Total social security and Medicare taxes allocated to the listed client EIN from Form 941, line 5e	(e) Section 3121(q) Notice and Demand- Tax due on unreported tips allocated to the listed client EIN from Form 941, line 5f	(f) Total taxes after adjustments allocated to the listed client EIN from Form 941, line 10	(g) Total deposits and COBRA payments from Form 941, line 13, plus any payments made with the return allocated to the listed client EIN
1 00-1345678	■	■	19125 ■ 00	■	19125 ■ 00	19125 ■ 00
2 00-1356789	■	■	■	■	22950 ■ 00	■
3 00-1000001	■	■	22950 ■ 00	■	■ 00	22950 ■ 00
4	■	■	■	■	■	■
5	■	■	■	■	■	■
6	■	■	■	■	■	■
7	■	■	■	■	■	■
8	■	■	■	■	■	■
9	■	■	■	■	■	■
10	■	■	■	■	■	■
11	■	■	■	■	■	■
12	■	■	■	■	■	■
13	■	■	■	■	■	■
14	■	■	■	■	■	■
15	■	■	■	■	■	■
16 Subtotals for clients. Add all amounts on lines 1 through 15	■	■	65025 ■ 00	■	65025 ■ 00	65025 ■ 00
17 Enter the combined subtotal from line 26 of all Continuation Sheets for Schedule R (Form 941)	■	■	■	■	■	■
18 Enter Form 941 amounts for your employees	■	■	■	■	■	■
19 Totals. Add lines 16, 17, and 18. The column totals must match the related lines on the aggregate Form 941.	■	■	65025 ■ 00	■	65025 ■ 00	■

For Paperwork Reduction Act Notice, see the instructions.

Cat. No. 49301K

Schedule R (Form 941) (Rev. 1-2013)

Continuation Sheet for Schedule R (Form 941)

(Rev. January 2013)

Report for calendar year:

Check the quarter (same as Form 941):

- ☐ 1: January, February, March
- ☐ 2: April, May, June
- ☐ 3: July, August, September
- ☐ 4: October, November, December

Employer identification number (EIN)

 -

Name as shown on Form 941

(a) Client's Employer Identification Number (EIN)	(b) Wages, tips, and other compensation allocated to the listed client EIN from Form 941, line 2	(c) Total income tax withheld from wages, tips, and other compensation allocated to the listed client EIN from Form 941, line 3	(d) Total social security and Medicare taxes allocated to the listed client EIN from Form 941, line 5e	(e) Section 3121(q) Notice and Demand- Tax due on unreported tips allocated to the listed client EIN from Form 941, line 5f	(f) Total taxes after adjustments allocated to the listed client EIN from Form 941, line 10	(g) Total deposits and COBRA payments from Form 941, line 13, plus any payments made with the return allocated to the listed client EIN
1	■	■	■	■	■	■
2	■	■	■	■	■	■
3	■	■	■	■	■	■
4	■	■	■	■	■	■
5	■	■	■	■	■	■
6	■	■	■	■	■	■
7	■	■	■	■	■	■
8	■	■	■	■	■	■
9	■	■	■	■	■	■
10	■	■	■	■	■	■
11	■	■	■	■	■	■
12	■	■	■	■	■	■
13	■	■	■	■	■	■
14	■	■	■	■	■	■
15	■	■	■	■	■	■
16	■	■	■	■	■	■
17	■	■	■	■	■	■
18	■	■	■	■	■	■
19	■	■	■	■	■	■
20	■	■	■	■	■	■
21	■	■	■	■	■	■
22	■	■	■	■	■	■
23	■	■	■	■	■	■
24	■	■	■	■	■	■
25	■	■	■	■	■	■
26 Subtotals for clients. Add lines 1 through 25. Include the subtotals from line 26 on line 17 of Schedule R (Form 941).	■	■	■	■	■	■