

January 11, 2023

Tax Year 2023
941 ATS Scenario 4
Lily Rose
White Lotus, LLC
00-3234567

Form included in Scenario 4

Form 941-PR

The return is for Sole Proprietor with balance due. This return uses the Reporting Agent Signature method.

This scenario includes the most current copy of the Form 941-PR.

Formulario **941-PR para 2023: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. marzo de 2023)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Número de identificación patronal (EIN) -

Nombre (el nombre legal del negocio, no el nombre comercial)

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número Calle Número de oficina o de habitación

APO

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Nombre del país extranjero Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2023
(Marque uno).

1: enero, febrero, marzo

2: abril, mayo, junio

3: julio, agosto, septiembre

4: octubre, noviembre, diciembre

Acceda a www.irs.gov/Form941PR para obtener las instrucciones y la información más reciente.

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

Parte 1: Conteste estas preguntas para este trimestre.

1 Número de empleados que recibieron salarios, propinas u otras remuneraciones durante el período de pago que incluye: el 12 de marzo (1er trimestre), el 12 de junio (2do trimestre), el 12 de septiembre (3er trimestre) o el 12 de diciembre (4to trimestre) 1

2

3

4 Si no hay salarios, propinas ni otras remuneraciones sujetos a las contribuciones al Seguro Social y al Medicare Marque aquí y pase a la línea 6.

	Columna 1	Columna 2	
5a Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social*	<input type="text" value="8,400.00"/>	<input type="text" value="1,041.60"/>	
5a (i) Salarios de licencia por enfermedad calificados*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5a (ii) Salarios de licencia familiar calificados*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="8,400.00"/>	<input type="text" value="243.60"/>	
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5e Total de contribuciones al Seguro Social y al Medicare. Sume la Columna 2 de las líneas 5a, 5a(i), 5a(ii), 5b, 5c y 5d			<input type="text" value="1,285.20"/>
5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)			<input type="text"/>
6 Total de contribuciones antes de los ajustes. Sume las líneas 5e y 5f			<input type="text" value="1,285.20"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre en curso			<input type="text"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre en curso			<input type="text"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre en curso			<input type="text"/>
10 Total de contribuciones después de los ajustes. Combine las líneas 6 a 9			<input type="text" value="1,285.20"/>
11a Crédito contributivo sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas. Adjunte el Formulario 8974			<input type="text"/>
11b 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			<input type="text"/>
11c Reservada para uso futuro			<input type="text"/>

*Incluya en la línea 5a los salarios sujetos a la contribución de licencia por enfermedad y familiar calificados pagados en este trimestre de 2023 por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021. Use las líneas 5a(i) y 5a(ii) sólo para los salarios sujetos a la contribución de licencia por enfermedad y familiar calificados pagados en este trimestre de 2023 por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2020 y antes del 1 de abril de 2021.

TIENE que completar las tres páginas del Formulario 941-PR y FIRMARLO.

Nombre (el nombre legal del negocio, no el nombre comercial) Lily Rose
 Número de identificación patronal (EIN) 00 - 3234567

Parte 1: Conteste estas preguntas para este trimestre. (continuación)

11d 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 y antes del 1 de octubre de 2021 **11d** []

11e Reservada para uso futuro **11e** []

11f Reservada para uso futuro []

11g Total de créditos no reembolsables. Sume las líneas 11a, 11b y 11d **11g** []

12 Total de contribuciones después de considerar los ajustes y créditos no reembolsables. Reste la línea 11g de la línea 10 **12** [1,285] [20]

13a 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), 941-X, 944-X (SP) o 944-X radicado en el trimestre en curso **13a** [0] [00]

13b Reservada para uso futuro **13b** []

13c 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 **13c** []

13d Reservada para uso futuro **13d** []

13e 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 y antes del 1 de octubre de 2021 **13e** []

13f Reservada para uso futuro **13f** []

13g Total de depósitos y créditos reembolsables. Sume las líneas 13a, 13c y 13e **13g** [0] [00]

13h Reservada para uso futuro **13h** []

13i Reservada para uso futuro **13i** []

14 Saldo adeudado. Si la línea 12 es mayor que la línea 13g, anote la diferencia y vea las instrucciones **14** [1,285] [20]

15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13g es mayor que la línea 12, anote la diferencia [] Marque uno: Aplíquese a la próxima planilla.
 Envíe un reembolso.

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 Publicación 179.

16 Marque uno: La línea 12 de esta planilla es menos de \$2,500 o la línea 12 de la planilla del trimestre anterior era 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 12 del trimestre anterior era menos de \$2,500 pero la línea 12 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 (Formulario 941-PR). 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	[]
	Mes 2	[]
	Mes 3	[]
Obligación total para el trimestre		[]

El total tiene que ser igual a la línea 12.

Era depositante de itinerario bisemanal durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B (Formulario 941-PR), Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bisemanal, y adjúntelo al Formulario 941-PR. Pase a la Parte 3.

TIENE que completar las tres páginas del Formulario 941-PR y FIRMARLO.

Nombre (el nombre legal del negocio, no el nombre comercial) Lily Rose	Número de identificación patronal (EIN) 00 - 3234567
---	---

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	<input type="checkbox"/>	Marque aquí y anote la última fecha en la que pagó salarios	/ /	; también adjunte una declaración a su planilla. Vea las instrucciones.	
18	Si es patrono estacional y no tiene que radicar planillas para cada trimestre del año	<input type="checkbox"/>	Marque aquí.			
19	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	19				
20	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	20				
21	Reservada para uso futuro	21				
22	Reservada para uso futuro	22				
23	Salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021	23				
24	Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea 23	24				
25	Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia por enfermedad calificados declarados en la línea 23	25				
26	Salarios de licencia familiar calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo de 2021 y antes del 1 de octubre de 2021	26				
27	Gastos calificados del plan de salud asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea 26	27				
28	Cantidades de ciertos acuerdos de negociación colectiva asignables a los salarios de licencia familiar calificados declarados en la línea 26	28				

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

Seleccione un número de identificación personal (PIN) de 5 dígitos que usará al hablar con el IRS.

No.

Parte 5: Firme aquí. TIENE que completar las tres páginas del Formulario 941-PR y 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) se basa en toda información de la cual el preparador tenga conocimiento.

Firme su nombre aquí		Escriba su nombre en letra de molde aquí	Rose Lilly
		Escriba su cargo en letra de molde aquí	Reporting Agent
Fecha	/ /	Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día	111-333-5555

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