

September 29, 2021

Tax Year 2021  
941 ATS Scenario 4  
White Lotus, LLC  
Lily Rose  
00-3234567

Forms included in Scenario 4

- Form 941-PR

The return is for Sole Proprietor with balance due. This return uses the Third-Party Designee Signature method.

This is the most current draft available.

# Formulario 941-PR para 2021: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

(Rev. junio de 2021)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Número de identificación patronal (EIN)   -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número Calle Número de oficina o de habitación

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Nombre del país extranjero Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

**Informe para este trimestre de 2021**  
(Marque uno).

1: enero, febrero, marzo

2: abril, mayo, junio

3: julio, agosto, septiembre

4: octubre, noviembre, diciembre

Visite [www.irs.gov/Form941PR](http://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 maquina 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 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="11,447"/> <input type="text" value="29"/>	× 0.124 =	<input type="text" value="1,419"/> <input type="text" value="46"/>	
5a (i) Salarios de licencia por enfermedad calificados*	<input type="text"/>	× 0.062 =	<input type="text"/>	
5a (ii) Salarios de licencia familiar calificados*	<input type="text"/>	× 0.062 =	<input type="text"/>	
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text"/>	× 0.124 =	<input type="text"/>	
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="11,447"/> <input type="text" value="29"/>	× 0.029 =	<input type="text" value="331"/> <input type="text" value="97"/>	
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text"/>	× 0.009 =	<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 . . . . .				5e <input type="text" value="1,751"/> <input type="text" value="43"/>
5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones) . . . . .				5f <input type="text"/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. Sume las líneas 5e y 5f . . . . .				6 <input type="text" value="1,751"/> <input type="text" value="43"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual . . . . .				7 <input type="text"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual . . . . .				8 <input type="text"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual . . . . .				9 <input type="text"/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9 . . . . .				10 <input type="text" value="1,751"/> <input type="text" value="43"/>
11a Crédito contributivo sobre la nómina de pequeños negocios calificados por aumentar las actividades investigativas. Adjunte el Formulario 8974 . . . . .				11a <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 . . . . .				11b <input type="text"/>
11c Porción no reembolsable del crédito de retención de empleados . . . . .				11c <input type="text"/>

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

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

Página siguiente ►

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

<b>11d</b> 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 . . . . .	11d	.	.
<b>11e</b> Porción no reembolsable del crédito de asistencia para las primas de <b>COBRA</b> (vea las instrucciones para los trimestres aplicables) . . . . .	11e	.	.
<b>11f</b> Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de <b>COBRA</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"> </span>			
<b>11g</b> Total de créditos no reembolsables. Sume las líneas 11a, 11b, 11c, 11d y 11e . . . . .	11g	.	.
<b>12</b> Total de contribuciones después de considerar los ajustes y créditos no reembolsables. Reste la línea 11g de la línea 10 . . . . .	12	1,751	43
<b>13a</b> 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	1,551	43
<b>13b</b> Reservada para uso futuro . . . . .	13b	.	.
<b>13c</b> 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	.	.
<b>13d</b> Porción reembolsable del crédito de retención de empleados . . . . .	13d	.	.
<b>13e</b> 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 . . . . .	13e	.	.
<b>13f</b> Porción reembolsable del crédito de asistencia para las primas de <b>COBRA</b> (vea las instrucciones para los trimestres aplicables) . . . . .	13f	.	.
<b>13g</b> Total de depósitos y créditos reembolsables. Sume las líneas 13a, 13c, 13d, 13e y 13f . . . . .	13g	.	.
<b>13h</b> Total de anticipos recibidos por la radicación del (de los) Formulario(s) 7200(SP) para el trimestre . . . . .	13h	.	.
<b>13i</b> Total de depósitos y créditos reembolsables menos anticipos. Reste la línea 13h de la línea 13g . . . . .	13i	.	.
<b>14</b> Saldo adeudado. Si la línea 12 es mayor que la línea 13i, anote la diferencia y vea las instrucciones . . . . .	14	200	00
<b>15</b> Contribución pagada en exceso. Si la línea 13i 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 Pub. 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 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 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.

<b>Obligación contributiva:</b>	<b>Mes 1</b>	0	.	00	
	<b>Mes 2</b>	0	.	00	
	<b>Mes 3</b>	1,751	.	43	
<b>Total para el trimestre</b>		1,751	.	43	<b>El total tiene que ser igual a la línea 12.</b>

**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.

**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  / / ; también adjunte una declaración a su planilla. Vea las instrucciones.
- 18a Si es patrono estacional y no tiene que radicar planillas para cada trimestre del año . . . . .  Marque aquí.
- 18b Si es elegible para el crédito de retención de empleados únicamente porque su negocio es un startup (negocio emergente) en recuperación . . . . .  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 Salarios calificados para el crédito de retención de empleados . . . . . 21  .
- 22 Gastos calificados del plan de salud para el crédito de retención de empleados . . . . . 22  .
- 23 Salarios de licencia por enfermedad calificados por la licencia tomada después del 31 de marzo 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 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  Pluto Canine  111-222-3333

Seleccione un número de identificación personal (PIN) de 5 dígitos que usará al hablar con el IRS.  1  2  3  4  5

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.

**X** Firme su nombre aquí  Escriba su nombre en letra de molde aquí

Escriba su cargo en letra de molde aquí

Fecha  / / Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día

**Para uso exclusivo del preparador remunerado** Marque si usted trabaja por cuenta propia . . . . .

Nombre del preparador <input style="width: 400px;" type="text"/>	PTIN	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Firma del preparador <input style="width: 400px;" type="text"/>	Fecha	<input style="width: 150px;" type="text"/> / /
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia) <input style="width: 400px;" type="text"/>	EIN	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Dirección <input style="width: 400px;" type="text"/>	Núm. de teléfono	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ciudad <input style="width: 250px;" type="text"/> Estado <input style="width: 50px;" type="text"/>	Código postal (ZIP)	<input style="width: 150px;" type="text"/>