

Formulario  
Form **499R-2/W-2PR**  
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE  
HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
INFORMATION

INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL  
SOCIAL SECURITY INFORMATION

**222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT**

|                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                          |  |                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Nombre - First Name                                                                                   |  | 3. Núm. Seguro Social<br>Social Security No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 7. Sueldos - Wages                                                                                                       |  | 17. Total Sueldos Seguro Social<br>Social Security Wages                               |  |
| Apellido(s) - Surname(s)                                                                                 |  | 4. Núm. de Ident. Patronal<br>Employer Ident. No. (EIN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 8. Comisiones - Commissions                                                                                              |  | 18. Seguro Social Retenido<br>Social Security Tax Withheld                             |  |
| Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address                                               |  | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada<br>por el patrono - Cost of employer-<br>sponsored health coverage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 9. Concesiones - Allowances                                                                                              |  | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare<br>Medicare Wages and Tips                           |  |
| Fecha de Nacimiento: Día Mes Año<br>Date of Birth: Day Month Year                                        |  | 6. Donativos<br>Charitable Contributions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 10. Propinas - Tips                                                                                                      |  | 20. Contrib. Medicare Retenida<br>Medicare Tax Withheld                                |  |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono<br>Employer's Name and Mailing Address                          |  | <b>Patrono: - Employer:</b><br>● Envíe a: - Send to:<br><b>Social Security Administration<br/>Data Operations Center<br/>Wilkes-Barre, PA 18769-0001</b><br><b>Con la W-3PR</b><br>● Envíe al Departamento de Hacienda<br>electrónicamente<br>Send to Department of the Treasury<br>electronically<br>(www.hacienda.pr.gov)<br>● Entregue dos copias al empleado<br>Deliver two copies to employee<br>● Conserve copia para sus récords<br>Keep copy for your records |  | 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10                                                                                               |  | 21. Propinas Seguro Social<br>Social Security Tips                                     |  |
| Número de Teléfono del Patrono<br>Employer's Telephone Number                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales<br>Reimb. Expenses and Fringe Benefits                                         |  | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld                                                      |  |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año<br>Cease of Operations Date: Day Month Year                       |  | ● Entregue dos copias al empleado<br>Deliver two copies to employee<br>● Conserve copia para sus récords<br>Keep copy for your records                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 14. Fondo de Retiro Gubernamental<br>Governmental Retirement Fund                                                        |  | 23. Contrib. Medicare no Retenida<br>en Propinas - Uncollected<br>Medicare Tax on Tips |  |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica<br>Electronic Filing Confirmation Number<br><b>0000000</b> |  | Año: <b>2016</b><br>Year:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 15. Aportaciones a Planes Cualific.<br>Contributions to CODA PLANS                                                       |  |                                                                                        |  |
| Número Control - Control Number<br><b>000000000</b>                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Salarios Exentos (Ver instrucciones)<br>Exempt Salaries (See instructions)<br>Código/Code                                |  |                                                                                        |  |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16. Código/Code                                                                                                          |  |                                                                                        |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16A. Código/Code                                                                                                         |  |                                                                                        |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y<br>Duplica tu Dinero - Contributions to the<br>Save and Double your Money Program |  |                                                                                        |  |

Reproduced by RR DONNELLEY

Formulario  
Form **499R-2/W-2PR**  
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE  
HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
INFORMATION

INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL  
SOCIAL SECURITY INFORMATION

**222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT**

|                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                          |  |                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Nombre - First Name                                                                                   |  | 3. Núm. Seguro Social<br>Social Security No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 7. Sueldos - Wages                                                                                                       |  | 17. Total Sueldos Seguro Social<br>Social Security Wages                               |  |
| Apellido(s) - Surname(s)                                                                                 |  | 4. Núm. de Ident. Patronal<br>Employer Ident. No. (EIN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 8. Comisiones - Commissions                                                                                              |  | 18. Seguro Social Retenido<br>Social Security Tax Withheld                             |  |
| Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address                                               |  | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada<br>por el patrono - Cost of employer-<br>sponsored health coverage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 9. Concesiones - Allowances                                                                                              |  | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare<br>Medicare Wages and Tips                           |  |
| Fecha de Nacimiento: Día Mes Año<br>Date of Birth: Day Month Year                                        |  | 6. Donativos<br>Charitable Contributions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 10. Propinas - Tips                                                                                                      |  | 20. Contrib. Medicare Retenida<br>Medicare Tax Withheld                                |  |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono<br>Employer's Name and Mailing Address                          |  | <b>Patrono: - Employer:</b><br>● Envíe a: - Send to:<br><b>Social Security Administration<br/>Data Operations Center<br/>Wilkes-Barre, PA 18769-0001</b><br><b>Con la W-3PR</b><br>● Envíe al Departamento de Hacienda<br>electrónicamente<br>Send to Department of the Treasury<br>electronically<br>(www.hacienda.pr.gov)<br>● Entregue dos copias al empleado<br>Deliver two copies to employee<br>● Conserve copia para sus récords<br>Keep copy for your records |  | 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10                                                                                               |  | 21. Propinas Seguro Social<br>Social Security Tips                                     |  |
| Número de Teléfono del Patrono<br>Employer's Telephone Number                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales<br>Reimb. Expenses and Fringe Benefits                                         |  | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld                                                      |  |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año<br>Cease of Operations Date: Day Month Year                       |  | ● Entregue dos copias al empleado<br>Deliver two copies to employee<br>● Conserve copia para sus récords<br>Keep copy for your records                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 14. Fondo de Retiro Gubernamental<br>Governmental Retirement Fund                                                        |  | 23. Contrib. Medicare no Retenida<br>en Propinas - Uncollected<br>Medicare Tax on Tips |  |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica<br>Electronic Filing Confirmation Number<br><b>0000000</b> |  | Año: <b>2016</b><br>Year:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 15. Aportaciones a Planes Cualific.<br>Contributions to CODA PLANS                                                       |  |                                                                                        |  |
| Número Control - Control Number<br><b>000000000</b>                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Salarios Exentos (Ver instrucciones)<br>Exempt Salaries (See instructions)<br>Código/Code                                |  |                                                                                        |  |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16. Código/Code                                                                                                          |  |                                                                                        |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16A. Código/Code                                                                                                         |  |                                                                                        |  |
|                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y<br>Duplica tu Dinero - Contributions to the<br>Save and Double your Money Program |  |                                                                                        |  |

Reproduced by RR DONNELLEY

PROOF 1 8/31/2016

1A L252 8403002205

DETACH BEFORE MAILING

FORM # LW2PR

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO  
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- \* sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- \* sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- \* tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

**PENALIDAD** - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

**Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.**

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE  
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- \* is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- \* is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02 of \$2,500 or more; or
- \* has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

**PENALTY** - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

**Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.**

PROOF