



Informe de Número de Identificación - Organizaciones (Patronos)

Information of Identification Number - Organizations (Employers)

1. Número de Identificación Patronal Employer Identification Number			2. Número de Identificación Patronal anterior o incorrecto (si aplica) Previous or incorrect Employer Identification Number (if applicable)		
3. Nombre legal - Legal name			4. Nombre comercial (si es distinto al del encasillado 3) Trade name (if different from name in box 3)		
5. Fecha de organización Date of organization Día (Day) Mes (Month) Año (Year)		6. Fecha de comienzo del negocio Date business started Día (Day) Mes (Month) Año (Year)		7. Lugar de organización Place of organization	
9. Naturaleza del negocio - Nature of business			8. Número de registro del Departamento de Estado - Department of State Registry No.		
12. Dirección postal - Mailing address			10. Teléfono - Telephone ()	11. Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Change of address	
14. Clase de organización - Type of organization <input type="checkbox"/> Sucesión Estate <input type="checkbox"/> Fideicomiso Trust <input type="checkbox"/> Individuo Individual <input type="checkbox"/> Sociedad Partnership <input type="checkbox"/> Corporación Corporation <input type="checkbox"/> Otros Others			13. Localización de la industria o negocio (si es diferente) Location of industry or business (if different)		
15. Última planilla radicada Last income tax return filed		16. Período de contabilidad Accounting period		17. Idioma: Language: <input type="checkbox"/> Español Spanish <input type="checkbox"/> Inglés English	
18. Clase de exención contributiva - Type of income tax exemption <input type="checkbox"/> Incentivo Incentive <input type="checkbox"/> Zona Histórica Historic Zone <input type="checkbox"/> Transporte Aéreo Air Transportation <input type="checkbox"/> Otros Others <input type="checkbox"/> Sin Fines de Lucro Nonprofit <input type="checkbox"/> Rehabilitación de Santurce Rehabilitation of Santurce <input type="checkbox"/> Facilidades Médicas Medical Facilities				19. Tipo de retención - Type of withholding <input type="checkbox"/> Patronal Employer <input type="checkbox"/> Servicios Profesionales Professional Services <input type="checkbox"/> ASUME ASUME <input type="checkbox"/> Otros Others	
20. Nombre del dueño - Owner's name (Accionista principal o socio gestor) (Principal stockholder or managing partner)			21. Número seguro social - Social security number		
22. Nombre del cónyuge - Spouse's name			23. Número seguro social - Social security number		
24. Dirección residencial - Home address				25. Teléfono residencial Home telephone ()	
26. Nombre del agente - Agent's name			27. Número de identificación patronal o seguro social - Employer identification or social security number		
28. Dirección postal del agente - Agent's mailing address			29. Ocupación - Occupation		
			30. Teléfono - Telephone ()		
			31. Número de especialista - Specialist's number		

Nombre (letra de molde)
Name (print)

Firma
Signature

Título
Title

Fecha
Date

INSTRUCCIONES GENERALES

La información requerida en este formulario es necesaria para implantar las disposiciones de la Ley Núm. 50 aprobada el 6 de junio de 1963. Esta ley y sus reglamentos facultan al Secretario de Hacienda a asignar un número de identificación a todo contribuyente, hacer obligatorio el uso de dicho número de identificación y establecer penalidades por el incumplimiento de la obligación. Además, requiere que toda organización dedicada a una industria o negocio, o con una responsabilidad contributiva, complete este formulario en todas sus partes y envíe el mismo dentro de los 15 días a partir de la fecha de recibido a: **DEPARTAMENTO DE HACIENDA, PO BOX 9022501, SAN JUAN PR 00902-2501**. También puede entregarlo en la Colecturía de Rentas Internas de su Municipio.

Toda persona que viole las disposiciones de la citada ley, los requerimientos del Secretario de Hacienda bajo la misma o los reglamentos promulgados al efecto, estará sujeta a **SANCIÓNES ADMINISTRATIVAS Y PENALES**, según sea determinado. Por lo tanto, la información suministrada debe ser correcta y completa.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Llene todos los encasillados a maquinilla o letra de molde.

Encasillado 1 - Indique el número de identificación patronal que le ha sido asignado por el Servicio de Rentas Internas Federal. **Incluya copia de la certificación emitida por dicha agencia donde le asignan el número (Forma SS-4 o SS-4PR).**

Encasillado 2 - Complete este encasillado solamente si su número de identificación patronal cambió o va a notificar alguna corrección al mismo.

Encasillado 3 - Indique el nombre con el cual aparece registrada oficialmente la organización (Nombre legal). **Incluya copia del Certificado de Incorporación emitido por el Departamento de Estado.**

Encasillado 4 - Indique el nombre con el cual se conoce la organización (Nombre comercial). Complete este encasillado solo si el nombre comercial es distinto al nombre legal indicado en el encasillado 3.

Encasillado 17 - Indique el idioma en que desea recibir cualquier documentación del Departamento de Hacienda.

Encasillados 26 al 30 - Indique nombre, número de identificación patronal o seguro social, dirección postal, ocupación y número de teléfono de la persona que está autorizada a representar la industria o negocio (agente).

Encasillado 31 - Si el agente es un Especialista en Planillas o Declaraciones, indique el número de especialista.

GENERAL INSTRUCTIONS

The information required on this form is necessary to implement the provisions of Act No. 50 of June 6, 1963. This act and its regulations authorize the Secretary of the Treasury to assign an identification number to all taxpayers, make compulsory the use of such identification number and assess penalties for the nonfulfillment of the duty. Also, it requires that all organizations engaged in a trade or business, or with a tax responsibility, complete this form in all of its parts and mail it within 15 days from the date it was received to: **DEPARTMENT OF THE TREASURY, PO BOX 9022501, SAN JUAN PR 00902-2501**. Also you may deliver it to the Internal Revenue Collections Office of your Municipality.

Any person who violates the provisions of said act, the requirements of the Secretary of the Treasury thereunder, or the regulations promulgated to that effect, shall be subject to **CIVIL AND CRIMINAL SANCTIONS**, as it may be determined. Therefore, the information submitted should be correct and complete.

SPECIFIC INSTRUCTIONS

Type or print the information required in all boxes.

Box 1 - Enter the employer identification number as assigned by the Federal Internal Revenue Service. **Include copy of the Certification issued by said agency where they assign you the number (Form SS-4 or SS-4PR).**

Box 2 - Complete this box only if your employer identification number changed or you are going to notify any correction to the same.

Box 3 - Indicate the name of the organization as officially registered (Legal name). **Include copy of the Certificate of Incorporation issued by the Department of the State.**

Box 4 - Indicate the name of the organization as it is commercially known (Trade name). Complete this box only if the trade name is different from the legal name indicated in box 3.

Box 17 - Indicate the language in which you like to receive any documentation from the Department of the Treasury.

Boxes 26 through 30 - Indicate the name, employer identification or social security number, mailing address, occupation and telephone number of the person authorized to represent the industry or business (agent).

Box 31 - If the agent is a Returns or Declarations Specialist, indicate the specialist's number.