

Fill in this information to identify your case:

United States Bankruptcy Court for the:

DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) Chapter 11

Check if this an amended filing

Official Form 201

Voluntary Petition for Non-Individuals Filing for Bankruptcy

4/16

If more space is needed, attach a separate sheet to this form. On the top of any additional pages, write the debtor's name and case number (if known). For more information, a separate document, Instructions for Bankruptcy Forms for Non-Individuals, is available.

1. Debtor's name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

2. All other names debtor used in the last 8 years Include any assumed names, trade names and doing business as names

3. Debtor's federal Employer Identification Number (EIN) 66-0604069

4. Debtor's address Principal place of business Mailing address, if different from principal place of business 4 MUNOZ RIVERA STREET Villalba, PR 00766 Number, Street, City, State & ZIP Code P.O. Box, Number, Street, City, State & ZIP Code Villalba Location of principal assets, if different from principal place of business County Number, Street, City, State & ZIP Code

5. Debtor's website (URL) oesupply@hormail.com

6. Type of debtor Corporation (including Limited Liability Company (LLC) and Limited Liability Partnership (LLP)) Partnership (excluding LLP) Other. Specify:

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name

Case number (if known)

7. Describe debtor's business

A. Check one:

- Health Care Business (as defined in 11 U.S.C. § 101(27A))
- Single Asset Real Estate (as defined in 11 U.S.C. § 101(51B))
- Railroad (as defined in 11 U.S.C. § 101(44))
- Stockbroker (as defined in 11 U.S.C. § 101(53A))
- Commodity Broker (as defined in 11 U.S.C. § 101(6))
- Clearing Bank (as defined in 11 U.S.C. § 781(3))
- None of the above

B. Check all that apply

- Tax-exempt entity (as described in 26 U.S.C. §501)
- Investment company, including hedge fund or pooled investment vehicle (as defined in 15 U.S.C. §80a-3)
- Investment advisor (as defined in 15 U.S.C. §80b-2(a)(11))

C. NAICS (North American Industry Classification System) 4-digit code that best describes debtor.
See <http://www.uscourts.gov/four-digit-national-association-naics-codes>.

4532

8. Under which chapter of the Bankruptcy Code is the debtor filing?

Check one:

- Chapter 7
- Chapter 9

Chapter 11. Check all that apply:

- Debtor's aggregate noncontingent liquidated debts (excluding debts owed to insiders or affiliates) are less than \$2,566,050 (amount subject to adjustment on 4/01/19 and every 3 years after that).
- The debtor is a small business debtor as defined in 11 U.S.C. § 101(51D). If the debtor is a small business debtor, attach the most recent balance sheet, statement of operations, cash-flow statement, and federal income tax return or if all of these documents do not exist, follow the procedure in 11 U.S.C. § 1116(1)(B).
- A plan is being filed with this petition.
- Acceptances of the plan were solicited prepetition from one or more classes of creditors, in accordance with 11 U.S.C. § 1126(b).
- The debtor is required to file periodic reports (for example, 10K and 10Q) with the Securities and Exchange Commission according to § 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934. File the *attachment to Voluntary Petition for Non-Individuals Filing for Bankruptcy under Chapter 11* (Official Form 201A) with this form.
- The debtor is a shell company as defined in the Securities Exchange Act of 1934 Rule 12b-2.

Chapter 12

9. Were prior bankruptcy cases filed by or against the debtor within the last 8 years?

- No.
- Yes.

If more than 2 cases, attach a separate list.

District _____ When _____ Case number _____

District _____ When _____ Case number _____

10. Are any bankruptcy cases pending or being filed by a business partner or an affiliate of the debtor?

- No
- Yes.

List all cases. If more than 1, attach a separate list

Debtor _____ Relationship _____

District _____ When _____ Case number, if known _____

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name

Case number (if known)

11. Why is the case filed in this district?

Check all that apply:

- Debtor has had its domicile, principal place of business, or principal assets in this district for 180 days immediately preceding the date of this petition or for a longer part of such 180 days than in any other district.
- A bankruptcy case concerning debtor's affiliate, general partner, or partnership is pending in this district.

12. Does the debtor own or have possession of any real property or personal property that needs immediate attention?

No

Yes. Answer below for each property that needs immediate attention. Attach additional sheets if needed.

Why does the property need immediate attention? (Check all that apply.)

It poses or is alleged to pose a threat of imminent and identifiable hazard to public health or safety.

What is the hazard? _____

It needs to be physically secured or protected from the weather.

It includes perishable goods or assets that could quickly deteriorate or lose value without attention (for example, livestock, seasonal goods, meat, dairy, produce, or securities-related assets or other options).

Other _____

Where is the property? _____

Number, Street, City, State & ZIP Code

Is the property insured?

No

Yes. Insurance agency _____

Contact name _____

Phone _____

Statistical and administrative information

13. Debtor's estimation of available funds

Check one:

- Funds will be available for distribution to unsecured creditors.
- After any administrative expenses are paid, no funds will be available to unsecured creditors.

14. Estimated number of creditors

- | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1-49 | <input type="checkbox"/> 1,000-5,000 | <input type="checkbox"/> 25,001-50,000 |
| <input type="checkbox"/> 50-99 | <input type="checkbox"/> 5001-10,000 | <input type="checkbox"/> 50,001-100,000 |
| <input type="checkbox"/> 100-199 | <input type="checkbox"/> 10,001-25,000 | <input type="checkbox"/> More than 100,000 |
| <input type="checkbox"/> 200-999 | | |

15. Estimated Assets

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$1,000,001 - \$10 million | <input type="checkbox"/> \$500,000,001 - \$1 billion |
| <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$100,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000,001 - \$50 million | <input type="checkbox"/> \$1,000,000,001 - \$10 billion |
| <input checked="" type="checkbox"/> \$100,001 - \$500,000 | <input type="checkbox"/> \$50,000,001 - \$100 million | <input type="checkbox"/> \$10,000,000,001 - \$50 billion |
| <input type="checkbox"/> \$500,001 - \$1 million | <input type="checkbox"/> \$100,000,001 - \$500 million | <input type="checkbox"/> More than \$50 billion |

16. Estimated liabilities

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$1,000,001 - \$10 million | <input type="checkbox"/> \$500,000,001 - \$1 billion |
| <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$100,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000,001 - \$50 million | <input type="checkbox"/> \$1,000,000,001 - \$10 billion |
| <input checked="" type="checkbox"/> \$100,001 - \$500,000 | <input type="checkbox"/> \$50,000,001 - \$100 million | <input type="checkbox"/> \$10,000,000,001 - \$50 billion |
| <input type="checkbox"/> \$500,001 - \$1 million | <input type="checkbox"/> \$100,000,001 - \$500 million | <input type="checkbox"/> More than \$50 billion |

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name

Case number (if known)

Request for Relief, Declaration, and Signatures

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

17. Declaration and signature of authorized representative of debtor

The debtor requests relief in accordance with the chapter of title 11, United States Code, specified in this petition.

I have been authorized to file this petition on behalf of the debtor.

I have examined the information in this petition and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on July 1, 2016
MM / DD / YYYY

X /s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Signature of authorized representative of debtor

Title PRESIDENT

RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Printed name

18. Signature of attorney

X /s/ JORGE R COLLAZO USDC-PR
Signature of attorney for debtor

Date July 1, 2016
MM / DD / YYYY

JORGE R COLLAZO USDC-PR
Printed name

JORGE R COLLAZO LAW FIRM
Firm name

PO BOX 1494
COAMO, PR 00769
Number, Street, City, State & ZIP Code

Contact phone 787-825-7161 Email address coa@prtc.net

127203
Bar number and State

Fill in this information to identify your case:

United States Bankruptcy Court for the:

DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) Chapter 11

Check if this an amended filing

Official Form 201

Voluntary Petition for Non-Individuals Filing for Bankruptcy

4/16

If more space is needed, attach a separate sheet to this form. On the top of any additional pages, write the debtor's name and case number (if known). For more information, a separate document, Instructions for Bankruptcy Forms for Non-Individuals, is available.

1. Debtor's name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

2. All other names debtor used in the last 8 years Include any assumed names, trade names and doing business as names

3. Debtor's federal Employer Identification Number (EIN) 66-0604069

4. Debtor's address Principal place of business Mailing address, if different from principal place of business 4 MUNOZ RIVERA STREET Villalba, PR 00766 Number, Street, City, State & ZIP Code P.O. Box, Number, Street, City, State & ZIP Code Villalba Location of principal assets, if different from principal place of business County Number, Street, City, State & ZIP Code

5. Debtor's website (URL) oesupply@hormail.com

6. Type of debtor [X] Corporation (including Limited Liability Company (LLC) and Limited Liability Partnership (LLP)) [] Partnership (excluding LLP) [] Other. Specify:

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name

Case number (if known)

7. Describe debtor's business A. Check one:

- Health Care Business (as defined in 11 U.S.C. § 101(27A))
- Single Asset Real Estate (as defined in 11 U.S.C. § 101(51B))
- Railroad (as defined in 11 U.S.C. § 101(44))
- Stockbroker (as defined in 11 U.S.C. § 101(53A))
- Commodity Broker (as defined in 11 U.S.C. § 101(6))
- Clearing Bank (as defined in 11 U.S.C. § 781(3))
- None of the above

B. Check all that apply

- Tax-exempt entity (as described in 26 U.S.C. §501)
- Investment company, including hedge fund or pooled investment vehicle (as defined in 15 U.S.C. §80a-3)
- Investment advisor (as defined in 15 U.S.C. §80b-2(a)(11))

C. NAICS (North American Industry Classification System) 4-digit code that best describes debtor. See <http://www.uscourts.gov/four-digit-national-association-naics-codes>.

4532

8. Under which chapter of the Bankruptcy Code is the debtor filing? Check one:

- Chapter 7
- Chapter 9
- Chapter 11. Check all that apply:
 - Debtor's aggregate noncontingent liquidated debts (excluding debts owed to insiders or affiliates) are less than \$2,566,050 (amount subject to adjustment on 4/01/19 and every 3 years after that).
 - The debtor is a small business debtor as defined in 11 U.S.C. § 101(51D). If the debtor is a small business debtor, attach the most recent balance sheet, statement of operations, cash-flow statement, and federal income tax return or if all of these documents do not exist, follow the procedure in 11 U.S.C. § 1116(1)(B).
 - A plan is being filed with this petition.
 - Acceptances of the plan were solicited prepetition from one or more classes of creditors, in accordance with 11 U.S.C. § 1126(b).
 - The debtor is required to file periodic reports (for example, 10K and 10Q) with the Securities and Exchange Commission according to § 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934. File the attachment to Voluntary Petition for Non-Individuals Filing for Bankruptcy under Chapter 11 (Official Form 201A) with this form.
 - The debtor is a shell company as defined in the Securities Exchange Act of 1934 Rule 12b-2.
- Chapter 12

9. Were prior bankruptcy cases filed by or against the debtor within the last 8 years?

- No.
- Yes.

If more than 2 cases, attach a separate list.

District _____	When _____	Case number _____
District _____	When _____	Case number _____

10. Are any bankruptcy cases pending or being filed by a business partner or an affiliate of the debtor?

- No
- Yes.

List all cases. If more than 1, attach a separate list

Debtor _____	Relationship _____
District _____	When _____ Case number, if known _____

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name

Case number (if known)

11. Why is the case filed in this district?

Check all that apply:

- Debtor has had its domicile, principal place of business, or principal assets in this district for 180 days immediately preceding the date of this petition or for a longer part of such 180 days than in any other district.
- A bankruptcy case concerning debtor's affiliate, general partner, or partnership is pending in this district.

12. Does the debtor own or have possession of any real property or personal property that needs immediate attention?

- No
- Yes. Answer below for each property that needs immediate attention. Attach additional sheets if needed.

Why does the property need immediate attention? (Check all that apply.)

- It poses or is alleged to pose a threat of imminent and identifiable hazard to public health or safety.
What is the hazard? _____
- It needs to be physically secured or protected from the weather.
- It includes perishable goods or assets that could quickly deteriorate or lose value without attention (for example, livestock, seasonal goods, meat, dairy, produce, or securities-related assets or other options).
- Other _____

Where is the property?

Number, Street, City, State & ZIP Code

Is the property insured?

- No
- Yes. Insurance agency _____

Contact name _____

Phone _____

Statistical and administrative information

13. Debtor's estimation of available funds

Check one:

- Funds will be available for distribution to unsecured creditors.
- After any administrative expenses are paid, no funds will be available to unsecured creditors.

14. Estimated number of creditors

- | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1-49 | <input type="checkbox"/> 1,000-5,000 | <input type="checkbox"/> 25,001-50,000 |
| <input type="checkbox"/> 50-99 | <input type="checkbox"/> 5001-10,000 | <input type="checkbox"/> 50,001-100,000 |
| <input type="checkbox"/> 100-199 | <input type="checkbox"/> 10,001-25,000 | <input type="checkbox"/> More than 100,000 |
| <input type="checkbox"/> 200-999 | | |

15. Estimated Assets

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$1,000,001 - \$10 million | <input type="checkbox"/> \$500,000,001 - \$1 billion |
| <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$100,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000,001 - \$50 million | <input type="checkbox"/> \$1,000,000,001 - \$10 billion |
| <input checked="" type="checkbox"/> \$100,001 - \$500,000 | <input type="checkbox"/> \$50,000,001 - \$100 million | <input type="checkbox"/> \$10,000,000,001 - \$50 billion |
| <input type="checkbox"/> \$500,001 - \$1 million | <input type="checkbox"/> \$100,000,001 - \$500 million | <input type="checkbox"/> More than \$50 billion |

16. Estimated liabilities

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$1,000,001 - \$10 million | <input type="checkbox"/> \$500,000,001 - \$1 billion |
| <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$100,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000,001 - \$50 million | <input type="checkbox"/> \$1,000,000,001 - \$10 billion |
| <input checked="" type="checkbox"/> \$100,001 - \$500,000 | <input type="checkbox"/> \$50,000,001 - \$100 million | <input type="checkbox"/> \$10,000,000,001 - \$50 billion |
| <input type="checkbox"/> \$500,001 - \$1 million | <input type="checkbox"/> \$100,000,001 - \$500 million | <input type="checkbox"/> More than \$50 billion |

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name

Case number (if known)

Request for Relief, Declaration, and Signatures

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

17. Declaration and signature of authorized representative of debtor

The debtor requests relief in accordance with the chapter of title 11, United States Code, specified in this petition.

I have been authorized to file this petition on behalf of the debtor.

I have examined the information in this petition and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on _____
MM / DD / YYYY

X /s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Signature of authorized representative of debtor

Title **PRESIDENT**

RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Printed name

18. Signature of attorney

X /s/ JORGE R COLLAZO USDC-PR
Signature of attorney for debtor

Date _____
MM / DD / YYYY

JORGE R COLLAZO USDC-PR
Printed name

JORGE R COLLAZO LAW FIRM
Firm name

PO BOX 1494
COAMO, PR 00769
Number, Street, City, State & ZIP Code

Contact phone **787-825-7161** Email address **coa@prtc.net**

127203
Bar number and State

In re PEDRO MARTINEZ LOPEZ
MAXIMINA LEON BERMUDEZ

Debtor(s)

Case No. 16-05297

FORM 1. VOLUNTARY PETITION
Attachment A

1. Corporation Certificate
2. Corporative Resolution Certificate



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE ESTADO
SAN JUAN, PUERTO RICO**

Yo, **LILLIAM NORAT DAVID**, Directora, Registro de Corporaciones del Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

CERTIFICO: Que de acuerdo con nuestros archivos, **OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.**, número de registro, **123,973** es una corporación con fines de lucro organizada bajo las leyes de Puerto Rico desde el **26 de octubre de 2001 a las 8:50 a.m.**

Esta certificación no implica que esta corporación ha cumplido con el requisito de radicar informes anuales contenidos en el Artículo 15.01 de la Ley General de Corporaciones. Si usted interesa saber si esta corporación ha rendido informes, deberá solicitar una Certificación de Cumplimiento ("Good Standing").

EN TESTIMONIO DE LO CUAL , firmo la presente y hago estampar en ella el Gran Sello del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en la Ciudad de San Juan, hoy **1 de octubre de dos mil cuatro.**

Lilliam Norat David
Directora
Registro de Corporaciones

2005003771
LND/rsr

CERTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN CORPORATIVA

YO, Maywa L. Vidal Cortés, mayor de edad, soltera, vecino de Ponce,
Nombre y apellidos del declarante Estado Civil del Declarante
Puerto Rico con número de seguro social personal XXX-XX-4968, con seguro social patronal
número 66-0604069.

CERTIFICO: Que la Junta de Directores de esta corporación, reunida el día 17 de junio de 2016 acordó autorizar a RICARDO J. GUZMAN GONZALEZ quien(es) ocupa(n) el(los) cargo(s)/ puesto(s) de PRESIDENTE DE OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC. a radicar Capítulo 11 de la Ley de quiebra Federal.

Y PARA QUE ASI CONSTE, hoy día 20 de junio de 2016 en Villalba Puerto Rico.

CERTIFICO: Maywa L. Vidal Cortés



Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 202

Declaration Under Penalty of Perjury for Non-Individual Debtors

12/15

An individual who is authorized to act on behalf of a non-individual debtor, such as a corporation or partnership, must sign and submit this form for the schedules of assets and liabilities, any other document that requires a declaration that is not included in the document, and any amendments of those documents. This form must state the individual's position or relationship to the debtor, the identity of the document, and the date. Bankruptcy Rules 1008 and 9011.

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement, concealing property, or obtaining money or property by fraud in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

Declaration and signature

I am the president, another officer, or an authorized agent of the corporation; a member or an authorized agent of the partnership; or another individual serving as a representative of the debtor in this case.

I have examined the information in the documents checked below and I have a reasonable belief that the information is true and correct:

- Schedule A/B: Assets—Real and Personal Property* (Official Form 206A/B)
- Schedule D: Creditors Who Have Claims Secured by Property* (Official Form 206D)
- Schedule E/F: Creditors Who Have Unsecured Claims* (Official Form 206E/F)
- Schedule G: Executory Contracts and Unexpired Leases* (Official Form 206G)
- Schedule H: Codebtors* (Official Form 206H)
- Summary of Assets and Liabilities for Non-Individuals* (Official Form 206Sum)
- Amended Schedule*
- Chapter 11 or Chapter 9 Cases: List of Creditors Who Have the 20 Largest Unsecured Claims and Are Not Insiders* (Official Form 204)
- Other document that requires a declaration _____

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on July 1, 2016

X /s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Signature of individual signing on behalf of debtor

RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Printed name

PRESIDENT
Position or relationship to debtor

Fill in this information to identify the case:

Debtor name **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

United States Bankruptcy Court for the: **DISTRICT OF PUERTO RICO**

Case number (if known): _____

Check if this is an amended filing

Official Form 204

Chapter 11 or Chapter 9 Cases: List of Creditors Who Have the 20 Largest Unsecured Claims and Are Not Insiders

12/15

A list of creditors holding the 20 largest unsecured claims must be filed in a Chapter 11 or Chapter 9 case. Include claims which the debtor disputes. Do not include claims by any person or entity who is an insider, as defined in 11 U.S.C. § 101(31). Also, do not include claims by secured creditors, unless the unsecured claim resulting from inadequate collateral value places the creditor among the holders of the 20 largest unsecured claims.

Name of creditor and complete mailing address, including zip code	Name, telephone number and email address of creditor contact	Nature of claim (for example, trade debts, bank loans, professional services, and government contracts)	Indicate if claim is contingent, unliquidated, or disputed	Amount of claim		
				Total claim, if partially secured	Deduction for value of collateral or setoff	Unsecured claim
AM CAPEN'S CO INC 1255 LIBERTY AVENUE Hillside, NJ 07205	(908) 351-1520	SUPPLIES				\$15,348.00
AMERICAN COLORS INC PO BOX 367683 San Juan, PR 00936-7683		SUPPLIES				\$3,486.00
AMERICAN EXPRESS PO BOX 1270 Newark, NJ 07101-1270		CREDIT CARD				\$8,857.00
AMERICAN PAPER CORP AMELIA IND PARK 26 B CALLE EMMA STE 1 00968-8007		SUPPLIES				\$14,367.00
ARCHILLA PAPER PO BOX 364253 San Juan, PR 00936		SUPPLIES				\$2,077.00
C LINE PRODUCTS INC 1100 E BUSINESS CENTER DR Mount Prospect, IL 60056-6053		SUPPLIES				\$2,800.00
DEPARTAMENTO DE HACIENDA DIVISION DE QUIEBRA PO BOX 9024140 San Juan, PR 00902-4140		TAXES				\$2,000.00

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name _____

Case number (if known) _____

Name of creditor and complete mailing address, including zip code	Name, telephone number and email address of creditor contact	Nature of claim (for example, trade debts, bank loans, professional services,	Indicate if claim is contingent, unliquidated, or disputed	Amount of claim		
				Total claim, if partially secured	Deduction for value of collateral or setoff	Unsecured claim
FELLOWES PO BOX 98630 Chicago, IL 60693-8630	(630) 893-1600	SUPPLIES				\$6,052.00
GARRIGA PAPER PO BOX 364862 San Juan, PR 00936-4862	(787) 785-5600	SUPPLIES				\$31,243.00
IRS Kansas City, MO 64999-0202		TAXES				\$1,700.00
JULIO E RAMOS INC PO BOX 31220 San Juan, PR 00920-2220	(787) 755-4453	SUPPLIES				\$1,855.00
KODE TECHNOLOGIES PUERTO RICO INC 698 CALLE B SUITE 1 URB IND DR MARIO JULIA San Juan, PR 00920		SUPPLIES				\$24,340.00
MORS ANDALUCIA 762 San Juan, PR 00921	(787) 793-4622	SUPPLIES				\$31,848.00
NORCOM 1808 PAYSHERE CIRCLE Chicago, IL 60674		SUPPLIES				\$3,582.00
PAREDES AND CIA INC PO BOX 9023213-3213 San Juan, PR 00902-3213	(787) 225-9698	SUPPLIES				\$1,250.00
PM FURNITURE INC PO BOX 366998 San Juan, PR 00936-6998	(787) 251-8133	SUPPLIES				\$4,669.00
SARGENT ART 100 EAST DIAMOND AVENUE Hazleton, PA 18201	(570) 454-3596	SUPPLIES				\$2,366.00
THE QUICK TRADING INC 8871-NW 102 STREET Miami, FL 33178		SUPPLIES				\$6,361.00

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**
Name _____

Case number (if known) _____

Name of creditor and complete mailing address, including zip code	Name, telephone number and email address of creditor contact	Nature of claim (for example, trade debts, bank loans, professional services,	Indicate if claim is contingent, unliquidated, or disputed	Amount of claim		
				Total claim, if partially secured	Deduction for value of collateral or setoff	Unsecured claim
TOPS PRODUCTS PO BOX 774540 Chicago, IL 60677-4005	(636) 583-4400	SUPPLIES				\$1,890.00
WM WHOLESALERS INC PO BOX 8829 Humacao, PR 00792	(787) 852-3302	SUPPLIES				\$1,200.00

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

**Official Form 206Sum
Summary of Assets and Liabilities for Non-Individuals**

12/15

Part 1: Summary of Assets

1. Schedule A/B: Assets-Real and Personal Property (Official Form 206A/B)	
1a. Real property: Copy line 88 from <i>Schedule A/B</i>	\$ <u>300,000.00</u>
1b. Total personal property: Copy line 91A from <i>Schedule A/B</i>	\$ <u>126,721.00</u>
1c. Total of all property: Copy line 92 from <i>Schedule A/B</i>	\$ <u>426,721.00</u>

Part 2: Summary of Liabilities

2. Schedule D: Creditors Who Have Claims Secured by Property (Official Form 206D) Copy the total dollar amount listed in Column A, <i>Amount of claim</i> , from line 3 of <i>Schedule D</i>	\$ <u>25,000.00</u>
3. Schedule E/F: Creditors Who Have Unsecured Claims (Official Form 206E/F)	
3a. Total claim amounts of priority unsecured claims: Copy the total claims from Part 1 from line 5a of <i>Schedule E/F</i>	\$ <u>5,300.00</u>
3b. Total amount of claims of nonpriority amount of unsecured claims: Copy the total of the amount of claims from Part 2 from line 5b of <i>Schedule E/F</i>	+\$ <u>168,295.00</u>
4. Total liabilities Lines 2 + 3a + 3b	\$ <u>198,595.00</u>

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 206A/B

Schedule A/B: Assets - Real and Personal Property

12/15

Disclose all property, real and personal, which the debtor owns or in which the debtor has any other legal, equitable, or future interest. Include all property in which the debtor holds rights and powers exercisable for the debtor's own benefit. Also include assets and properties which have no book value, such as fully depreciated assets or assets that were not capitalized. In Schedule A/B, list any executory contracts or unexpired leases. Also list them on *Schedule G: Executory Contracts and Unexpired Leases* (Official Form 206G).

Be as complete and accurate as possible. If more space is needed, attach a separate sheet to this form. At the top of any pages added, write the debtor's name and case number (if known). Also identify the form and line number to which the additional information applies. If an additional sheet is attached, include the amounts from the attachment in the total for the pertinent part.

For Part 1 through Part 11, list each asset under the appropriate category or attach separate supporting schedules, such as a fixed asset schedule or depreciation schedule, that gives the details for each asset in a particular category. List each asset only once. In valuing the debtor's interest, do not deduct the value of secured claims. See the instructions to understand the terms used in this form.

Part 1: Cash and cash equivalents

1. Does the debtor have any cash or cash equivalents?

- No. Go to Part 2.
 Yes Fill in the information below.

All cash or cash equivalents owned or controlled by the debtor			Current value of debtor's interest
3.	Checking, savings, money market, or financial brokerage accounts (<i>Identify all</i>)		
	Name of institution (bank or brokerage firm)	Type of account	Last 4 digits of account number
3.1.	<u>BPPR</u>	<u>CREDIT LINE</u>	<u>9628</u> <u>\$25,000.00</u>

4. **Other cash equivalents** (*Identify all*)

5. **Total of Part 1.**

Add lines 2 through 4 (including amounts on any additional sheets). Copy the total to line 80.

\$25,000.00

Part 2: Deposits and Prepayments

6. Does the debtor have any deposits or prepayments?

- No. Go to Part 3.
 Yes Fill in the information below.

7. **Deposits, including security deposits and utility deposits**
 Description, including name of holder of deposit

7.1. AEE \$748.00

8. **Prepayments, including prepayments on executory contracts, leases, insurance, taxes, and rent**
 Description, including name of holder of prepayment

9. **Total of Part 2.**

Add lines 7 through 8. Copy the total to line 81.

\$748.00

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (If known) _____
 Name

Part 3: Accounts receivable

10. Does the debtor have any accounts receivable?

- No. Go to Part 4.
 Yes Fill in the information below.

11. **Accounts receivable**

11a. 90 days old or less: 22,885.00 - 0.00 = ... \$22,885.00
 face amount doubtful or uncollectible accounts

12. **Total of Part 3.**

Current value on lines 11a + 11b = line 12. Copy the total to line 82.

\$22,885.00

Part 4: Investments

13. Does the debtor own any investments?

- No. Go to Part 5.
 Yes Fill in the information below.

Part 5: Inventory, excluding agriculture assets

18. Does the debtor own any inventory (excluding agriculture assets)?

- No. Go to Part 6.
 Yes Fill in the information below.

General description	Date of the last physical inventory	Net book value of debtor's interest (Where available)	Valuation method used for current value	Current value of debtor's interest
19. Raw materials MERCHANDISE	<u>5/30/2016</u>	<u>\$50,754.00</u>	<u>Recent cost</u>	<u>\$50,754.00</u>

20. **Work in progress**

21. **Finished goods, including goods held for resale**

22. **Other inventory or supplies**

23. **Total of Part 5.**

Add lines 19 through 22. Copy the total to line 84.

\$50,754.00

24. **Is any of the property listed in Part 5 perishable?**

- No
 Yes

25. **Has any of the property listed in Part 5 been purchased within 20 days before the bankruptcy was filed?**

- No
 Yes. Book value _____ Valuation method _____ Current Value _____

26. **Has any of the property listed in Part 5 been appraised by a professional within the last year?**

- No
 Yes

Part 6: Farming and fishing-related assets (other than titled motor vehicles and land)

27. Does the debtor own or lease any farming and fishing-related assets (other than titled motor vehicles and land)?

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (If known) _____
 Name

- No. Go to Part 7.
- Yes Fill in the information below.

Part 7: Office furniture, fixtures, and equipment; and collectibles

38. Does the debtor own or lease any office furniture, fixtures, equipment, or collectibles?

- No. Go to Part 8.
- Yes Fill in the information below.

General description	Net book value of debtor's interest (Where available)	Valuation method used for current value	Current value of debtor's interest
39. Office furniture STORAGE CABIN \$269.50, EXECUTIVE DESK \$1,446.00, 4 VERTICAL FILE \$179.00, 3 RECEPTION COUNTER \$1,701.00, 2 BUREAU \$377.00, 2 HUTCH \$511.00, LATERAL FILE \$495.00, 2 GUEST CHAIR \$138.00, 3 SECRETARY CHAIRS \$208.50, EXECUTIVE CHAIR \$175.00, 20 EXECUTIVE CHAIR GUEST \$298.00	\$0.00	Recent cost	\$5,798.00

40. Office fixtures			
41. Office equipment, including all computer equipment and communication systems equipment and software FAX BROTHERS 4185, FAX BROTHER \$329, HP PRINTER \$75, HP LAZER PRINTER \$102, PC THINK LEONORO \$410, PC LENOVO TINY \$445, LCD MONITOR \$95, POS SYSTEM \$1,200, PUNCH CLOCK \$196	\$0.00	Recent cost	\$3,036.00

42. **Collectibles** Examples: Antiques and figurines; paintings, prints, or other artwork; books, pictures, or other art objects; china and crystal; stamp, coin, or baseball card collections; other collections, memorabilia, or collectibles

43. **Total of Part 7.** Add lines 39 through 42. Copy the total to line 86. \$8,834.00

- 44. Is a depreciation schedule available for any of the property listed in Part 7?
 No
 Yes
- 45. Has any of the property listed in Part 7 been appraised by a professional within the last year?
 No
 Yes

Part 8: Machinery, equipment, and vehicles

46. Does the debtor own or lease any machinery, equipment, or vehicles?

- No. Go to Part 9.
- Yes Fill in the information below.

General description <small>Include year, make, model, and identification numbers (i.e., VIN, HIN, or N-number)</small>	Net book value of debtor's interest (Where available)	Valuation method used for current value	Current value of debtor's interest
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (If known) _____
 Name

47. **Automobiles, vans, trucks, motorcycles, trailers, and titled farm vehicles**

47.1.	<u>2005 FORD VAN</u>	<u>\$6,500.00</u>	<u>Recent cost</u>	<u>\$6,500.00</u>
47.2.	<u>2006 FORD VAN E-250</u>	<u>\$7,000.00</u>	<u>Recent cost</u>	<u>\$7,000.00</u>
47.3.	<u>2000 NISSAN FRONTIER</u>	<u>\$5,000.00</u>	<u>Recent cost</u>	<u>\$5,000.00</u>

48. **Watercraft, trailers, motors, and related accessories** Examples: Boats, trailers, motors, floating homes, personal watercraft, and fishing vessels

48.1. NONE \$0.00 Recent cost \$0.00

49. **Aircraft and accessories**

49.1. NONE \$0.00 Recent cost \$0.00

49.2. NONE \$0.00 Recent cost \$0.00

50. **Other machinery, fixtures, and equipment (excluding farm machinery and equipment)**

NONE \$0.00 Recent cost \$0.00

NONE \$0.00 Recent cost \$0.00

51. **Total of Part 8.**

Add lines 47 through 50. Copy the total to line 87.

<u>\$18,500.00</u>

52. **Is a depreciation schedule available for any of the property listed in Part 8?**

- No
 Yes

53. **Has any of the property listed in Part 8 been appraised by a professional within the last year?**

- No
 Yes

Part 9: Real property

54. **Does the debtor own or lease any real property?**

- No. Go to Part 10.
 Yes Fill in the information below.

55. **Any building, other improved real estate, or land which the debtor owns or in which the debtor has an interest**

Description and location of property Include street address or other description such as Assessor Parcel Number (APN), and type of property (for example, acreage, factory, warehouse, apartment or office building, if available.	Nature and extent of debtor's interest in property	Net book value of debtor's interest (Where available)	Valuation method used for current value	Current value of debtor's interest

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (If known) _____
Name

55.1. COMMERCIAL BUILDING AT CALLE MUNOZ RIVERA #4, VILLALBA PR 00766	Fee simple	\$300,000.00	Recent cost	\$300,000.00
------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------	--------------------	---------------------

56. **Total of Part 9.** **\$300,000.00**
 Add the current value on lines 55.1 through 55.6 and entries from any additional sheets.
 Copy the total to line 88.

57. **Is a depreciation schedule available for any of the property listed in Part 9?**
 No
 Yes

58. **Has any of the property listed in Part 9 been appraised by a professional within the last year?**
 No
 Yes

Part 10: Intangibles and intellectual property

59. **Does the debtor have any interests in intangibles or intellectual property?**
 No. Go to Part 11.
 Yes Fill in the information below.

Part 11: All other assets

70. **Does the debtor own any other assets that have not yet been reported on this form?**
 Include all interests in executory contracts and unexpired leases not previously reported on this form.
 No. Go to Part 12.
 Yes Fill in the information below.

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (If known) _____
 Name

Part 12: Summary

In Part 12 copy all of the totals from the earlier parts of the form

Type of property	Current value of personal property	Current value of real property
80. Cash, cash equivalents, and financial assets. <i>Copy line 5, Part 1</i>	<u>\$25,000.00</u>	
81. Deposits and prepayments. <i>Copy line 9, Part 2.</i>	<u>\$748.00</u>	
82. Accounts receivable. <i>Copy line 12, Part 3.</i>	<u>\$22,885.00</u>	
83. Investments. <i>Copy line 17, Part 4.</i>	<u>\$0.00</u>	
84. Inventory. <i>Copy line 23, Part 5.</i>	<u>\$50,754.00</u>	
85. Farming and fishing-related assets. <i>Copy line 33, Part 6.</i>	<u>\$0.00</u>	
86. Office furniture, fixtures, and equipment; and collectibles. <i>Copy line 43, Part 7.</i>	<u>\$8,834.00</u>	
87. Machinery, equipment, and vehicles. <i>Copy line 51, Part 8.</i>	<u>\$18,500.00</u>	
88. Real property. <i>Copy line 56, Part 9.....></i>		<u>\$300,000.00</u>
89. Intangibles and intellectual property. <i>Copy line 66, Part 10.</i>	<u>\$0.00</u>	
90. All other assets. <i>Copy line 78, Part 11.</i>	+ <u>\$0.00</u>	
91. Total. Add lines 80 through 90 for each column	<u>\$126,721.00</u>	+ 91b. <u>\$300,000.00</u>
92. Total of all property on Schedule A/B. Add lines 91a+91b=92		<u>\$426,721.00</u>

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 206D

Schedule D: Creditors Who Have Claims Secured by Property

12/15

Be as complete and accurate as possible.

1. Do any creditors have claims secured by debtor's property?

- No. Check this box and submit page 1 of this form to the court with debtor's other schedules. Debtor has nothing else to report on this form.
- Yes. Fill in all of the information below.

Part 1: List Creditors Who Have Secured Claims

2. List in alphabetical order all creditors who have secured claims. If a creditor has more than one secured claim, list the creditor separately for each claim.

		Column A	Column B	
		Amount of claim	Value of collateral that supports this claim	
		Do not deduct the value of collateral.		
2.1	BPPR <small>Creditor's Name</small> PO BOX 71375 San Juan, PR 00936 <small>Creditor's mailing address</small> <small>Creditor's email address, if known</small> Date debt was incurred Last 4 digits of account number 9628 Do multiple creditors have an interest in the same property? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Specify each creditor, including this creditor and its relative priority.	Describe debtor's property that is subject to a lien BPPR - CREDIT LINE - Acct# 9628 Describe the lien Is the creditor an insider or related party? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Is anyone else liable on this claim? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Fill out <i>Schedule H: Codebtors</i> (Official Form 206H) As of the petition filing date, the claim is: Check all that apply <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed	\$25,000.00	\$25,000.00

3. Total of the dollar amounts from Part 1, Column A, including the amounts from the Additional Page, if any. **\$25,000.00**

Part 2: List Others to Be Notified for a Debt Already Listed in Part 1

List in alphabetical order any others who must be notified for a debt already listed in Part 1. Examples of entities that may be listed are collection agencies, assignees of claims listed above, and attorneys for secured creditors.

If no others need to be notified for the debts listed in Part 1, do not fill out or submit this page. If additional pages are needed, copy this page.

Name and address	On which line in Part 1 did you enter the related creditor?	Last 4 digits of account number for this entity

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 206E/F
Schedule E/F: Creditors Who Have Unsecured Claims

12/15

Be as complete and accurate as possible. Use Part 1 for creditors with PRIORITY unsecured claims and Part 2 for creditors with NONPRIORITY unsecured claims. List the other party to any executory contracts or unexpired leases that could result in a claim. Also list executory contracts on *Schedule A/B: Assets - Real and Personal Property* (Official Form 206A/B) and on *Schedule G: Executory Contracts and Unexpired Leases* (Official Form 206G). Number the entries in Parts 1 and 2 in the boxes on the left. If more space is needed for Part 1 or Part 2, fill out and attach the Additional Page of that Part included in this form.

Part 1: List All Creditors with PRIORITY Unsecured Claims

1. Do any creditors have priority unsecured claims? (See 11 U.S.C. § 507).

No. Go to Part 2.

Yes. Go to line 2.

2. List in alphabetical order all creditors who have unsecured claims that are entitled to priority in whole or in part. If the debtor has more than 3 creditors with priority unsecured claims, fill out and attach the Additional Page of Part 1.

		Total claim	Priority amount	
2.1	Priority creditor's name and mailing address CORP FONDO SEGURO DEL ESTADO PO BOX 365028 San Juan, PR 00936-5028 Date or dates debt was incurred 2015 Last 4 digits of account number 4069 Specify Code subsection of PRIORITY unsecured claim: 11 U.S.C. § 507(a) (8)	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: TAXES Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$1,000.00	\$1,000.00
2.2	Priority creditor's name and mailing address CRIM PO BOX 195387 San Juan, PR 00919-3587 Date or dates debt was incurred 2015 Last 4 digits of account number 4069 Specify Code subsection of PRIORITY unsecured claim: 11 U.S.C. § 507(a) (8)	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: TAXES Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$600.00	\$600.00

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC** Case number (if known) _____
 Name _____

2.3	Priority creditor's name and mailing address DEPARTAMENTO DE HACIENDA DIVISION DE QUIEBRA PO BOX 9024140 San Juan, PR 00902-4140	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed	\$2,000.00	\$0.00
Date or dates debt was incurred 2009		Basis for the claim: TAXES		
Last 4 digits of account number 4069 Specify Code subsection of PRIORITY unsecured claim: 11 U.S.C. § 507(a) (8)		Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

2.4	Priority creditor's name and mailing address IRS Kansas City, MO 64999-0202	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed	\$1,700.00	\$1,700.00
Date or dates debt was incurred 2015		Basis for the claim: TAXES		
Last 4 digits of account number 4069 Specify Code subsection of PRIORITY unsecured claim: 11 U.S.C. § 507(a) (8)		Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

Part 2: List All Creditors with NONPRIORITY Unsecured Claims

3. List in alphabetical order all of the creditors with nonpriority unsecured claims. If the debtor has more than 6 creditors with nonpriority unsecured claims, fill out and attach the Additional Page of Part 2.

3.1	Nonpriority creditor's name and mailing address ALMACENES DIPINO PO BOX 7322 Ponce, PR 00732 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number 9756	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: SUPPLIES Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$1,040.00	\$1,040.00
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-------------------

3.2	Nonpriority creditor's name and mailing address AM CAPEN'S CO INC 1255 LIBERTY AVENUE Hillside, NJ 07205 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number 5613	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: SUPPLIES Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$15,348.00	\$15,348.00
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------------

3.3	Nonpriority creditor's name and mailing address AMERICAN COLORS INC PO BOX 367683 San Juan, PR 00936-7683 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number 729C	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: SUPPLIES Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$3,486.00	\$3,486.00
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-------------------

Debtor Name	Case number (if known)
OFFICE EXPRESS SUPPLY INC	
<p>3.4 Nonpriority creditor's name and mailing address AMERICAN EXPRESS PO BOX 1270 Newark, NJ 07101-1270 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number <u>2001</u></p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$8,857.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>CREDIT CARD</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3.5 Nonpriority creditor's name and mailing address AMERICAN PAPER CORP AMELIA IND PARK 26 B CALLE EMMA STE 1 00968-8007 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number <u>0194</u></p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$14,367.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3.6 Nonpriority creditor's name and mailing address ARCHILLA PAPER PO BOX 364253 San Juan, PR 00936 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number <u>2684</u></p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$2,077.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3.7 Nonpriority creditor's name and mailing address C LINE PRODUCTS INC 1100 E BUSINESS CENTER DR Mount Prospect, IL 60056-6053 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number _</p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$2,800.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3.8 Nonpriority creditor's name and mailing address CHART PAK PO BOX 847049 Boston, MA 02284-7049 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number <u>0400</u></p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$900.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3.9 Nonpriority creditor's name and mailing address EXECUTIVE ADVERTISING HC 06 BOX 10350 Guaynabo, PR 00971 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number <u>4817</u></p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$647.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>3.10 Nonpriority creditor's name and mailing address FELLOWES PO BOX 98630 Chicago, IL 60693-8630 Date(s) debt was incurred _ Last 4 digits of account number <u>4036</u></p>	<p>As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$6,052.00</p> <p><input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed</p> <p>Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u></p> <p>Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>

Debtor Name	Case number (if known)
OFFICE EXPRESS SUPPLY INC	
3.11 Nonpriority creditor's name and mailing address GARRIGA PAPER PO BOX 364862 San Juan, PR 00936-4862 Date(s) debt was incurred _____ Last 4 digits of account number <u>5920</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$31,243.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3.12 Nonpriority creditor's name and mailing address HART DISTRIBUTORS PMB 428 PO PO BOX 94000 Corozal, PR 00783 Date(s) debt was incurred <u>2015</u> Last 4 digits of account number _____	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$609.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3.13 Nonpriority creditor's name and mailing address JOSE RODRIGUEZ PO BOX 9656 San Juan, PR 00908 Date(s) debt was incurred <u>2015</u> Last 4 digits of account number <u>4051</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$501.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3.14 Nonpriority creditor's name and mailing address JULIO E RAMOS INC PO BOX 31220 San Juan, PR 00920-2220 Date(s) debt was incurred <u>4224</u> Last 4 digits of account number <u>2015</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$1,855.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3.15 Nonpriority creditor's name and mailing address KODE TECHNOLOGIES PUERTO RICO INC 698 CALLE B SUITE 1 URB IND DR MARIO JULIA San Juan, PR 00920 Date(s) debt was incurred <u>3887</u> Last 4 digits of account number <u>2015</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$24,340.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3.16 Nonpriority creditor's name and mailing address MORS ANDALUCIA 762 San Juan, PR 00921 Date(s) debt was incurred <u>2215</u> Last 4 digits of account number <u>2015</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$31,848.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3.17 Nonpriority creditor's name and mailing address NORCOM 1808 PAYSHERE CIRCLE Chicago, IL 60674 Date(s) debt was incurred <u>3663</u> Last 4 digits of account number <u>2015</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> \$3,582.00 <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (if known) _____

Name

3.18 Nonpriority creditor's name and mailing address **PAREDES AND CIA INC**
PO BOX 9023213-3213
San Juan, PR 00902-3213
 Date(s) debt was incurred 2382
 Last 4 digits of account number 2016

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$1,250.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

3.19 Nonpriority creditor's name and mailing address **PIÑERO Y LARA**
PO BOX 70171
San Juan, PR 00936-8171
 Date(s) debt was incurred 2015
 Last 4 digits of account number _____

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$569.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

3.20 Nonpriority creditor's name and mailing address **PM FURNITURE INC**
PO BOX 366998
San Juan, PR 00936-6998
 Date(s) debt was incurred 6000
 Last 4 digits of account number 2015

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$4,669.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

3.21 Nonpriority creditor's name and mailing address **PRECISION INSTRUMENTS**
GARDEN HILLS PLAZA MSC 280 #1353
CARR 19
Guaynabo, PR 00966-2700
 Date(s) debt was incurred 1599
 Last 4 digits of account number 2015

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$169.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

3.22 Nonpriority creditor's name and mailing address **RODANES AGENCIES**
PO BOX 366301
AVENIDA AMERICO MIRANDA 1127-C
San Juan, PR 00936-6301
 Date(s) debt was incurred 4668
 Last 4 digits of account number 2016

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$269.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

3.23 Nonpriority creditor's name and mailing address **SARGENT ART**
100 EAST DIAMOND AVENUE
Hazleton, PA 18201
 Date(s) debt was incurred 8618
 Last 4 digits of account number 2015

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$2,366.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

3.24 Nonpriority creditor's name and mailing address **THE QUICK TRADING INC**
8871-NW 102 STREET
Miami, FL 33178
 Date(s) debt was incurred 2712
 Last 4 digits of account number 2015

As of the petition filing date, the claim is: *Check all that apply.* **\$6,361.00**
 Contingent
 Unliquidated
 Disputed

Basis for the claim: SUPPLIES
 Is the claim subject to offset? No Yes

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (if known) _____
Name

3.25	Nonpriority creditor's name and mailing address TOPS PRODUCTS PO BOX 774540 Chicago, IL 60677-4005 Date(s) debt was incurred _____ Last 4 digits of account number <u>2015</u>	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$1,890.00
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

3.26	Nonpriority creditor's name and mailing address WM WHOLESALLES INC PO BOX 8829 Humacao, PR 00792 Date(s) debt was incurred <u>2015</u> Last 4 digits of account number _____	As of the petition filing date, the claim is: <i>Check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Contingent <input type="checkbox"/> Unliquidated <input type="checkbox"/> Disputed Basis for the claim: <u>SUPPLIES</u> Is the claim subject to offset? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$1,200.00
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Part 3: List Others to Be Notified About Unsecured Claims

4. List in alphabetical order any others who must be notified for claims listed in Parts 1 and 2. Examples of entities that may be listed are collection agencies, assignees of claims listed above, and attorneys for unsecured creditors.

If no others need to be notified for the debts listed in Parts 1 and 2, do not fill out or submit this page. If additional pages are needed, copy the next page.

Name and mailing address	On which line in Part1 or Part 2 is the related creditor (if any) listed?	Last 4 digits of account number, if any

Part 4: Total Amounts of the Priority and Nonpriority Unsecured Claims

5. Add the amounts of priority and nonpriority unsecured claims.

		Total of claim amounts	
5a. Total claims from Part 1	\$	5,300.00	
5b. Total claims from Part 2	+	168,295.00	
5c. Total of Parts 1 and 2 <small>Lines 5a + 5b = 5c.</small>	\$	173,595.00	

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 206G

Schedule G: Executory Contracts and Unexpired Leases

12/15

Be as complete and accurate as possible. If more space is needed, copy and attach the additional page, number the entries consecutively.

1. Does the debtor have any executory contracts or unexpired leases?

No. Check this box and file this form with the debtor's other schedules. There is nothing else to report on this form.

Yes. Fill in all of the information below even if the contacts of leases are listed on *Schedule A/B: Assets - Real and Personal Property* (Official Form 206A/B).

2. List all contracts and unexpired leases	State the name and mailing address for all other parties with whom the debtor has an executory contract or unexpired lease
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1 State what the contract or lease is for and the nature of the debtor's interest

State the term remaining

List the contract number of any government contract _____

2.2 State what the contract or lease is for and the nature of the debtor's interest

State the term remaining

List the contract number of any government contract _____

2.3 State what the contract or lease is for and the nature of the debtor's interest

State the term remaining

List the contract number of any government contract _____

2.4 State what the contract or lease is for and the nature of the debtor's interest

State the term remaining

List the contract number of any government contract _____

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO

Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

**Official Form 206H
Schedule H: Your Codebtors**

12/15

Be as complete and accurate as possible. If more space is needed, copy the Additional Page, numbering the entries consecutively. Attach the Additional Page to this page.

1. Do you have any codebtors?

- No. Check this box and submit this form to the court with the debtor's other schedules. Nothing else needs to be reported on this form.
- Yes

2. In Column 1, list as codebtors all of the people or entities who are also liable for any debts listed by the debtor in the schedules of creditors, Schedules D-G. Include all guarantors and co-obligors. In Column 2, identify the creditor to whom the debt is owed and each schedule on which the creditor is listed. If the codebtor is liable on a debt to more than one creditor, list each creditor separately in Column 2.

Column 1: Codebtor

Column 2: Creditor

	Name	Mailing Address	Name	Check all schedules that apply:
2.1	_____	Street _____ City State Zip Code	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E/F <input type="checkbox"/> G
2.2	_____	Street _____ City State Zip Code	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E/F <input type="checkbox"/> G
2.3	_____	Street _____ City State Zip Code	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E/F <input type="checkbox"/> G
2.4	_____	Street _____ City State Zip Code	_____	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E/F <input type="checkbox"/> G

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC
 United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO
 Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 207

Statement of Financial Affairs for Non-Individuals Filing for Bankruptcy

04/16

The debtor must answer every question. If more space is needed, attach a separate sheet to this form. On the top of any additional pages, write the debtor's name and case number (if known).

Part 1: Income

1. Gross revenue from business

None.

Identify the beginning and ending dates of the debtor's fiscal year, which may be a calendar year

Sources of revenue
Check all that apply

Gross revenue
(before deductions and exclusions)

From the beginning of the fiscal year to filing date:
From **1/01/2016** to **Filing Date**

Operating a business
 Other _____

\$55,251.00

For prior year:
From **1/01/2015** to **12/31/2015**

Operating a business
 Other _____

\$684,897.00

For year before that:
From **1/01/2014** to **12/31/2014**

Operating a business
 Other _____

\$944,861.00

2. Non-business revenue

Include revenue regardless of whether that revenue is taxable. *Non-business income* may include interest, dividends, money collected from lawsuits, and royalties. List each source and the gross revenue for each separately. Do not include revenue listed in line 1.

None.

Description of sources of revenue

Gross revenue from each source
(before deductions and exclusions)

Part 2: List Certain Transfers Made Before Filing for Bankruptcy

3. Certain payments or transfers to creditors within 90 days before filing this case

List payments or transfers--including expense reimbursements--to any creditor, other than regular employee compensation, within 90 days before filing this case unless the aggregate value of all property transferred to that creditor is less than \$6,425. (This amount may be adjusted on 4/01/19 and every 3 years after that with respect to cases filed on or after the date of adjustment.)

None.

Creditor's Name and Address

Dates

Total amount of value

Reasons for payment or transfer
Check all that apply

4. Payments or other transfers of property made within 1 year before filing this case that benefited any insider

List payments or transfers, including expense reimbursements, made within 1 year before filing this case on debts owed to an insider or guaranteed

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

or cosigned by an insider unless the aggregate value of all property transferred to or for the benefit of the insider is less than \$6,425. (This amount may be adjusted on 4/01/19 and every 3 years after that with respect to cases filed on or after the date of adjustment.) Do not include any payments listed in line 3. *Insiders* include officers, directors, and anyone in control of a corporate debtor and their relatives; general partners of a partnership debtor and their relatives; affiliates of the debtor and insiders of such affiliates; and any managing agent of the debtor. 11 U.S.C. § 101(31).

None.

Insider's name and address Relationship to debtor	Dates	Total amount of value	Reasons for payment or transfer
4.1. RICARDO J GUZMAN CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 PRESIDENT	1/1/16 TO 5/30/16	\$11,280.00	SALARY
4.2. RICARDO J GUZMAN CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 PRESIDENT	1/1/15 TO 12/31/15	\$27,000.00	SALARY
4.3. LINDA RIVERA CALLE MUÑOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 SECRETARY	1/1/16 TO 5/30/16	\$5,160.00	SALARY
4.4. LINDA RIVERA CALLE MUÑOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 SECRETARY	1/1/15/ TO 12/31/15	\$12,384.00	SALARY
4.5. MAYWA L VIDAL CORTES URB PUNTO ORO CALLE PACIFICO NUM 6353 Ponce, PR 00728 SECRETARY	1/1/15/ TO 5/30/15	\$4,625.00	SALARY
4.6. MAYWA L VIDAL CORTES URB PUNTO ORO CALLE PACIFICO NUM 6353 Ponce, PR 00728 SECRETARY	1/1/15 TO 12/31/15	\$12,796.00	SALARY

5. Repossessions, foreclosures, and returns

List all property of the debtor that was obtained by a creditor within 1 year before filing this case, including property repossessed by a creditor, sold at a foreclosure sale, transferred by a deed in lieu of foreclosure, or returned to the seller. Do not include property listed in line 6.

None

Creditor's name and address	Describe of the Property	Date	Value of property
-----------------------------	--------------------------	------	-------------------

6. Setoffs

List any creditor, including a bank or financial institution, that within 90 days before filing this case set off or otherwise took anything from an account of the debtor without permission or refused to make a payment at the debtor's direction from an account of the debtor because the debtor owed a debt.

None

Creditor's name and address	Description of the action creditor took	Date action was taken	Amount
-----------------------------	-----------------------------------------	-----------------------	--------

Part 3: Legal Actions or Assignments

7. Legal actions, administrative proceedings, court actions, executions, attachments, or governmental audits

List the legal actions, proceedings, investigations, arbitrations, mediations, and audits by federal or state agencies in which the debtor was involved in any capacity—within 1 year before filing this case.

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

None.

Case title Case number	Nature of case	Court or agency's name and address	Status of case
7.1. KODEN VS OFFICE EXPRESS SUPPLY INC J2CI2015-00477	DEBT COLLECTION	FIRST INSTANCE COURT Juana Diaz, PR 00795	<input checked="" type="checkbox"/> Pending <input type="checkbox"/> On appeal <input type="checkbox"/> Concluded

8. Assignments and receivership

List any property in the hands of an assignee for the benefit of creditors during the 120 days before filing this case and any property in the hands of a receiver, custodian, or other court-appointed officer within 1 year before filing this case.

None

Part 4: Certain Gifts and Charitable Contributions

9. List all gifts or charitable contributions the debtor gave to a recipient within 2 years before filing this case unless the aggregate value of the gifts to that recipient is less than \$1,000

None

Recipient's name and address	Description of the gifts or contributions	Dates given	Value
------------------------------	-------------------------------------------	-------------	-------

Part 5: Certain Losses

10. All losses from fire, theft, or other casualty within 1 year before filing this case.

None

Description of the property lost and how the loss occurred	Amount of payments received for the loss	Dates of loss	Value of property lost
	If you have received payments to cover the loss, for example, from insurance, government compensation, or tort liability, list the total received. List unpaid claims on Official Form 106A/B (Schedule A/B: Assets – Real and Personal Property).		

Part 6: Certain Payments or Transfers

11. Payments related to bankruptcy

List any payments of money or other transfers of property made by the debtor or person acting on behalf of the debtor within 1 year before the filing of this case to another person or entity, including attorneys, that the debtor consulted about debt consolidation or restructuring, seeking bankruptcy relief, or filing a bankruptcy case.

None.

Who was paid or who received the transfer? Address	If not money, describe any property transferred	Dates	Total amount or value
11.1. JORGE R COLLAZO SANCHEZ PO BOX 1494 Coamo, PR 00769	ATTORNEYS FEE	6/22/2016	\$6,000.00

Email or website address
coa@prtc.net

Who made the payment, if not debtor?
DEBTOR'S PRESIDENT

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

12. Self-settled trusts of which the debtor is a beneficiary

List any payments or transfers of property made by the debtor or a person acting on behalf of the debtor within 10 years before the filing of this case to a self-settled trust or similar device.
Do not include transfers already listed on this statement.

None.

Name of trust or device	Describe any property transferred	Dates transfers were made	Total amount or value
-------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------

13. Transfers not already listed on this statement

List any transfers of money or other property by sale, trade, or any other means made by the debtor or a person acting on behalf of the debtor within 2 years before the filing of this case to another person, other than property transferred in the ordinary course of business or financial affairs. Include both outright transfers and transfers made as security. Do not include gifts or transfers previously listed on this statement.

None.

Who received transfer? Address	Description of property transferred or payments received or debts paid in exchange	Date transfer was made	Total amount or value
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	-----------------------

Part 7: Previous Locations

14. Previous addresses

List all previous addresses used by the debtor within 3 years before filing this case and the dates the addresses were used.

Does not apply

Address	Dates of occupancy From-To
---------	-------------------------------

Part 8: Health Care Bankruptcies

15. Health Care bankruptcies

Is the debtor primarily engaged in offering services and facilities for:
- diagnosing or treating injury, deformity, or disease, or
- providing any surgical, psychiatric, drug treatment, or obstetric care?

- No. Go to Part 9.
 Yes. Fill in the information below.

Facility name and address	Nature of the business operation, including type of services the debtor provides	If debtor provides meals and housing, number of patients in debtor's care
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Part 9: Personally Identifiable Information

16. Does the debtor collect and retain personally identifiable information of customers?

- No.
 Yes. State the nature of the information collected and retained.

17. Within 6 years before filing this case, have any employees of the debtor been participants in any ERISA, 401(k), 403(b), or other pension or profit-sharing plan made available by the debtor as an employee benefit?

- No. Go to Part 10.
 Yes. Does the debtor serve as plan administrator?

Part 10: Certain Financial Accounts, Safe Deposit Boxes, and Storage Units

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

18. Closed financial accounts

Within 1 year before filing this case, were any financial accounts or instruments held in the debtor's name, or for the debtor's benefit, closed, sold, moved, or transferred?
 Include checking, savings, money market, or other financial accounts; certificates of deposit; and shares in banks, credit unions, brokerage houses, cooperatives, associations, and other financial institutions.

None

Financial Institution name and Address	Last 4 digits of account number	Type of account or instrument	Date account was closed, sold, moved, or transferred	Last balance before closing or transfer
----------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------

19. Safe deposit boxes

List any safe deposit box or other depository for securities, cash, or other valuables the debtor now has or did have within 1 year before filing this case.

None

Depository institution name and address	Names of anyone with access to it Address	Description of the contents	Do you still have it?
-----------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------

20. Off-premises storage

List any property kept in storage units or warehouses within 1 year before filing this case. Do not include facilities that are in a part of a building in which the debtor does business.

None

Facility name and address	Names of anyone with access to it	Description of the contents	Do you still have it?
---------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------

Part 11: Property the Debtor Holds or Controls That the Debtor Does Not Own

21. Property held for another

List any property that the debtor holds or controls that another entity owns. Include any property borrowed from, being stored for, or held in trust. Do not list leased or rented property.

None

Part 12: Details About Environment Information

For the purpose of Part 12, the following definitions apply:

Environmental law means any statute or governmental regulation that concerns pollution, contamination, or hazardous material, regardless of the medium affected (air, land, water, or any other medium).

Site means any location, facility, or property, including disposal sites, that the debtor now owns, operates, or utilizes or that the debtor formerly owned, operated, or utilized.

Hazardous material means anything that an environmental law defines as hazardous or toxic, or describes as a pollutant, contaminant, or a similarly harmful substance.

Report all notices, releases, and proceedings known, regardless of when they occurred.

22. Has the debtor been a party in any judicial or administrative proceeding under any environmental law? Include settlements and orders.

- No.
- Yes. Provide details below.

Case title Case number	Court or agency name and address	Nature of the case	Status of case
---------------------------	----------------------------------	--------------------	----------------

23. Has any governmental unit otherwise notified the debtor that the debtor may be liable or potentially liable under or in violation of an environmental law?

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

- No.
- Yes. Provide details below.

Site name and address	Governmental unit name and address	Environmental law, if known	Date of notice
-----------------------	------------------------------------	-----------------------------	----------------

24. Has the debtor notified any governmental unit of any release of hazardous material?

- No.
- Yes. Provide details below.

Site name and address	Governmental unit name and address	Environmental law, if known	Date of notice
-----------------------	------------------------------------	-----------------------------	----------------

Part 13: Details About the Debtor's Business or Connections to Any Business

25. Other businesses in which the debtor has or has had an interest

List any business for which the debtor was an owner, partner, member, or otherwise a person in control within 6 years before filing this case. Include this information even if already listed in the Schedules.

- None

Business name address	Describe the nature of the business	Employer Identification number <small>Do not include Social Security number or ITIN.</small>
		Dates business existed

26. Books, records, and financial statements

26a. List all accountants and bookkeepers who maintained the debtor's books and records within 2 years before filing this case.

- None

Name and address	Date of service From-To
26a.1. RENTAS ACCOUNTING JOSE RENTAS ORTIZ URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 Villalba, PR 00766	2010 TO PRESENT

26b. List all firms or individuals who have audited, compiled, or reviewed debtor's books of account and records or prepared a financial statement within 2 years before filing this case.

- None

Name and address	Date of service From-To
26b.1. RENTAS ACCOUNTING JOSE RENTAS ORTIZ URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 Villalba, PR 00766	2010 TO PRESENT

26c. List all firms or individuals who were in possession of the debtor's books of account and records when this case is filed.

- None

Name and address	If any books of account and records are unavailable, explain why
26c.1. RENTAS ACCOUNTING JOSE RENTAS ORTIZ URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 Villalba, PR 00766	

26d. List all financial institutions, creditors, and other parties, including mercantile and trade agencies, to whom the debtor issued a financial statement within 2 years before filing this case.

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC** Case number (if known) _____

None

Name and address

26d.1. **REGISTRO UNICO LSITADORES
ADM SERVICIOS GENERALES PR
San Juan, PR 00936**

27. Inventories

Have any inventories of the debtor's property been taken within 2 years before filing this case?

- No
 Yes. Give the details about the two most recent inventories.

	Name of the person who supervised the taking of the inventory	Date of inventory	The dollar amount and basis (cost, market, or other basis) of each inventory
27.1	RICARDO J GUZMAN	5/30/2016	\$50,753.00

Name and address of the person who has possession of inventory records

**DEBTOR
CALLE MUNOZ RIVERA #4
Villalba, PR 00766**

27.2	RICARDO J GUZMAN	12/31/2015	\$51,100.00
------	-------------------------	-------------------	--------------------

Name and address of the person who has possession of inventory records

**DEBTOR
CALLE MUNOZ RIVERA #4
Villalba, PR 00766**

28. List the debtor's officers, directors, managing members, general partners, members in control, controlling shareholders, or other people in control of the debtor at the time of the filing of this case.

Name	Address	Position and nature of any interest	% of interest, if any
RICARDO J GUZMAN GONZALEZ	CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766	PRESIDENT	100% SHARES

Name	Address	Position and nature of any interest	% of interest, if any
LINDA I RIVERA RODRIGUEZ	CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766	SECERETARY	

29. Within 1 year before the filing of this case, did the debtor have officers, directors, managing members, general partners, members in control of the debtor, or shareholders in control of the debtor who no longer hold these positions?

- No
 Yes. Identify below.

30. Payments, distributions, or withdrawals credited or given to insiders

Within 1 year before filing this case, did the debtor provide an insider with value in any form, including salary, other compensation, draws, bonuses, loans, credits on loans, stock redemptions, and options exercised?

- No
 Yes. Identify below.

Debtor OFFICE EXPRESS SUPPLY INC Case number (if known) _____

	Name and address of recipient	Amount of money or description and value of property	Dates	Reason for providing the value
30.1	RICARDO J GUZMAN GONZALEZ URB CARMINO REAL 68 Juana Diaz, PR 00795	\$27,000.00	1/1/15 TO 12/31/15	SALARY
	Relationship to debtor <u>PRESIDENT</u>			
30.2	RICARDO J GUZMAN GONZALEZ URB CAMINO REAL 68 Juana Diaz, PR 00795	\$11,280.00	1/1/16 TO 5/30/16	SALARY
	Relationship to debtor <u>PRESIDENT</u>			

31. Within 6 years before filing this case, has the debtor been a member of any consolidated group for tax purposes?

- No
 Yes. Identify below.

Name of the parent corporation _____ Employer Identification number of the parent corporation _____

32. Within 6 years before filing this case, has the debtor as an employer been responsible for contributing to a pension fund?

- No
 Yes. Identify below.

Name of the parent corporation _____ Employer Identification number of the parent corporation _____

Part 14: Signature and Declaration

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement, concealing property, or obtaining money or property by fraud in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

I have examined the information in this *Statement of Financial Affairs* and any attachments and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on July 1, 2016

/s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Signature of individual signing on behalf of the debtor

RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
Printed name

Position or relationship to debtor PRESIDENT

Are additional pages to *Statement of Financial Affairs for Non-Individuals Filing for Bankruptcy* (Official Form 207) attached?

- No
 Yes

Fill in this information to identify the case:

Debtor name OFFICE EXPRESS SUPPLY INC
 United States Bankruptcy Court for the: DISTRICT OF PUERTO RICO
 Case number (if known) _____

Check if this is an amended filing

Official Form 207

Statement of Financial Affairs for Non-Individuals Filing for Bankruptcy

04/16

The debtor must answer every question. If more space is needed, attach a separate sheet to this form. On the top of any additional pages, write the debtor's name and case number (if known).

Part 1: Income

1. Gross revenue from business

None.

Identify the beginning and ending dates of the debtor's fiscal year, which may be a calendar year

Sources of revenue
Check all that apply

Gross revenue
(before deductions and exclusions)

From the beginning of the fiscal year to filing date:
From **1/01/2016** to **Filing Date**

Operating a business
 Other _____

\$55,251.00

For prior year:
From **1/01/2015** to **12/31/2015**

Operating a business
 Other _____

\$684,897.00

For year before that:
From **1/01/2014** to **12/31/2014**

Operating a business
 Other _____

\$944,861.00

2. Non-business revenue

Include revenue regardless of whether that revenue is taxable. *Non-business income* may include interest, dividends, money collected from lawsuits, and royalties. List each source and the gross revenue for each separately. Do not include revenue listed in line 1.

None.

Description of sources of revenue

Gross revenue from each source
(before deductions and exclusions)

Part 2: List Certain Transfers Made Before Filing for Bankruptcy

3. Certain payments or transfers to creditors within 90 days before filing this case

List payments or transfers--including expense reimbursements--to any creditor, other than regular employee compensation, within 90 days before filing this case unless the aggregate value of all property transferred to that creditor is less than \$6,425. (This amount may be adjusted on 4/01/19 and every 3 years after that with respect to cases filed on or after the date of adjustment.)

None.

Creditor's Name and Address

Dates

Total amount of value

Reasons for payment or transfer
Check all that apply

4. Payments or other transfers of property made within 1 year before filing this case that benefited any insider

List payments or transfers, including expense reimbursements, made within 1 year before filing this case on debts owed to an insider or guaranteed or cosigned by an insider unless the aggregate value of all property transferred to or for the benefit of the insider is less than \$6,425. (This amount may be adjusted on 4/01/19 and every 3 years after that with respect to cases filed on or after the date of adjustment.) Do not include any payments

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

listed in line 3. *Insiders* include officers, directors, and anyone in control of a corporate debtor and their relatives; general partners of a partnership debtor and their relatives; affiliates of the debtor and insiders of such affiliates; and any managing agent of the debtor. 11 U.S.C. § 101(31).

None.

Insider's name and address Relationship to debtor	Dates	Total amount of value	Reasons for payment or transfer
4.1. RICARDO J GUZMAN CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 PRESIDENT	1/1/16 TO 5/30/16	\$11,280.00	SALARY
4.2. RICARDO J GUZMAN CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 PRESIDENT	1/1/15 TO 12/31/15	\$27,000.00	SALARY
4.3. LINDA RIVERA CALLE MUÑOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 SECRETARY	1/1/16 TO 5/30/16	\$5,160.00	SALARY
4.4. LINDA RIVERA CALLE MUÑOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766 SECRETARY	1/1/15/ TO 12/31/15	\$12,384.00	SALARY
4.5. MAYWA L VIDAL CORTES URB PUNTO ORO CALLE PACIFICO NUM 6353 Ponce, PR 00728 SECRETARY	1/1/15/ TO 5/30/15	\$4,625.00	SALARY
4.6. MAYWA L VIDAL CORTES URB PUNTO ORO CALLE PACIFICO NUM 6353 Ponce, PR 00728 SECRETARY	1/1/15 TO 12/31/15	\$12,796.00	SALARY

5. Repossessions, foreclosures, and returns

List all property of the debtor that was obtained by a creditor within 1 year before filing this case, including property repossessed by a creditor, sold at a foreclosure sale, transferred by a deed in lieu of foreclosure, or returned to the seller. Do not include property listed in line 6.

None

Creditor's name and address	Describe of the Property	Date	Value of property
-----------------------------	--------------------------	------	-------------------

6. Setoffs

List any creditor, including a bank or financial institution, that within 90 days before filing this case set off or otherwise took anything from an account of the debtor without permission or refused to make a payment at the debtor's direction from an account of the debtor because the debtor owed a debt.

None

Creditor's name and address	Description of the action creditor took	Date action was taken	Amount
-----------------------------	-----------------------------------------	-----------------------	--------

Part 3: Legal Actions or Assignments

7. Legal actions, administrative proceedings, court actions, executions, attachments, or governmental audits

List the legal actions, proceedings, investigations, arbitrations, mediations, and audits by federal or state agencies in which the debtor was involved in any capacity—within 1 year before filing this case.

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

None.

	Case title Case number	Nature of case	Court or agency's name and address	Status of case
7.1.	KODEN VS OFFICE EXPRESS SUPPLY INC J2CI2015-00477	DEBT COLLECTION	FIRST INSTANCE COURT Juana Diaz, PR 00795	<input checked="" type="checkbox"/> Pending <input type="checkbox"/> On appeal <input type="checkbox"/> Concluded

8. Assignments and receivership

List any property in the hands of an assignee for the benefit of creditors during the 120 days before filing this case and any property in the hands of a receiver, custodian, or other court-appointed officer within 1 year before filing this case.

None

Part 4: Certain Gifts and Charitable Contributions

9. List all gifts or charitable contributions the debtor gave to a recipient within 2 years before filing this case unless the aggregate value of the gifts to that recipient is less than \$1,000

None

Recipient's name and address	Description of the gifts or contributions	Dates given	Value
------------------------------	-------------------------------------------	-------------	-------

Part 5: Certain Losses

10. All losses from fire, theft, or other casualty within 1 year before filing this case.

None

Description of the property lost and how the loss occurred	Amount of payments received for the loss	Dates of loss	Value of property lost
	If you have received payments to cover the loss, for example, from insurance, government compensation, or tort liability, list the total received. List unpaid claims on Official Form 106A/B (Schedule A/B: Assets – Real and Personal Property).		

Part 6: Certain Payments or Transfers

11. Payments related to bankruptcy

List any payments of money or other transfers of property made by the debtor or person acting on behalf of the debtor within 1 year before the filing of this case to another person or entity, including attorneys, that the debtor consulted about debt consolidation or restructuring, seeking bankruptcy relief, or filing a bankruptcy case.

None.

Who was paid or who received the transfer? Address	If not money, describe any property transferred	Dates	Total amount or value
11.1. JORGE R COLLAZO SANCHEZ PO BOX 1494 Coamo, PR 00769	ATORNEYS FEE	6/22/2016	\$6,000.00

Email or website address
coa@prtc.net

Who made the payment, if not debtor?
DEBTOR'S PRESIDENT

12. Self-settled trusts of which the debtor is a beneficiary

List any payments or transfers of property made by the debtor or a person acting on behalf of the debtor within 10 years before the filing of this case

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

to a self-settled trust or similar device.
Do not include transfers already listed on this statement.

None.

Name of trust or device	Describe any property transferred	Dates transfers were made	Total amount or value
-------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------

13. Transfers not already listed on this statement

List any transfers of money or other property by sale, trade, or any other means made by the debtor or a person acting on behalf of the debtor within 2 years before the filing of this case to another person, other than property transferred in the ordinary course of business or financial affairs. Include both outright transfers and transfers made as security. Do not include gifts or transfers previously listed on this statement.

None.

Who received transfer? Address	Description of property transferred or payments received or debts paid in exchange	Date transfer was made	Total amount or value
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	-----------------------

Part 7: Previous Locations

14. Previous addresses

List all previous addresses used by the debtor within 3 years before filing this case and the dates the addresses were used.

Does not apply

Address	Dates of occupancy From-To
---------	-------------------------------

Part 8: Health Care Bankruptcies

15. Health Care bankruptcies

Is the debtor primarily engaged in offering services and facilities for:
- diagnosing or treating injury, deformity, or disease, or
- providing any surgical, psychiatric, drug treatment, or obstetric care?

No. Go to Part 9.
 Yes. Fill in the information below.

Facility name and address	Nature of the business operation, including type of services the debtor provides	If debtor provides meals and housing, number of patients in debtor's care
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Part 9: Personally Identifiable Information

16. Does the debtor collect and retain personally identifiable information of customers?

No.
 Yes. State the nature of the information collected and retained.

17. Within 6 years before filing this case, have any employees of the debtor been participants in any ERISA, 401(k), 403(b), or other pension or profit-sharing plan made available by the debtor as an employee benefit?

No. Go to Part 10.
 Yes. Does the debtor serve as plan administrator?

Part 10: Certain Financial Accounts, Safe Deposit Boxes, and Storage Units

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

18. Closed financial accounts

Within 1 year before filing this case, were any financial accounts or instruments held in the debtor's name, or for the debtor's benefit, closed, sold, moved, or transferred?
 Include checking, savings, money market, or other financial accounts; certificates of deposit; and shares in banks, credit unions, brokerage houses, cooperatives, associations, and other financial institutions.

None

Financial Institution name and Address	Last 4 digits of account number	Type of account or instrument	Date account was closed, sold, moved, or transferred	Last balance before closing or transfer
----------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------

19. Safe deposit boxes

List any safe deposit box or other depository for securities, cash, or other valuables the debtor now has or did have within 1 year before filing this case.

None

Depository institution name and address	Names of anyone with access to it Address	Description of the contents	Do you still have it?
-----------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------

20. Off-premises storage

List any property kept in storage units or warehouses within 1 year before filing this case. Do not include facilities that are in a part of a building in which the debtor does business.

None

Facility name and address	Names of anyone with access to it	Description of the contents	Do you still have it?
---------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------

Part 11: Property the Debtor Holds or Controls That the Debtor Does Not Own

21. Property held for another

List any property that the debtor holds or controls that another entity owns. Include any property borrowed from, being stored for, or held in trust. Do not list leased or rented property.

None

Part 12: Details About Environment Information

For the purpose of Part 12, the following definitions apply:

Environmental law means any statute or governmental regulation that concerns pollution, contamination, or hazardous material, regardless of the medium affected (air, land, water, or any other medium).

Site means any location, facility, or property, including disposal sites, that the debtor now owns, operates, or utilizes or that the debtor formerly owned, operated, or utilized.

Hazardous material means anything that an environmental law defines as hazardous or toxic, or describes as a pollutant, contaminant, or a similarly harmful substance.

Report all notices, releases, and proceedings known, regardless of when they occurred.

22. Has the debtor been a party in any judicial or administrative proceeding under any environmental law? Include settlements and orders.

No.
 Yes. Provide details below.

Case title Case number	Court or agency name and address	Nature of the case	Status of case
------------------------	----------------------------------	--------------------	----------------

23. Has any governmental unit otherwise notified the debtor that the debtor may be liable or potentially liable under or in violation of an environmental law?

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC** Case number (if known) _____

- No.
 Yes. Provide details below.

Site name and address	Governmental unit name and address	Environmental law, if known	Date of notice
-----------------------	------------------------------------	-----------------------------	----------------

24. Has the debtor notified any governmental unit of any release of hazardous material?

- No.
 Yes. Provide details below.

Site name and address	Governmental unit name and address	Environmental law, if known	Date of notice
-----------------------	------------------------------------	-----------------------------	----------------

Part 13: Details About the Debtor's Business or Connections to Any Business

25. Other businesses in which the debtor has or has had an interest

List any business for which the debtor was an owner, partner, member, or otherwise a person in control within 6 years before filing this case. Include this information even if already listed in the Schedules.

- None

Business name address	Describe the nature of the business	Employer Identification number <small>Do not include Social Security number or ITIN.</small>	Dates business existed
-----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

26. Books, records, and financial statements

26a. List all accountants and bookkeepers who maintained the debtor's books and records within 2 years before filing this case.

- None

Name and address	Date of service From-To
26a.1. RENTAS ACCOUNTING JOSE RENTAS ORTIZ URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 Villalba, PR 00766	2010 TO PRESENT

26b. List all firms or individuals who have audited, compiled, or reviewed debtor's books of account and records or prepared a financial statement within 2 years before filing this case.

- None

Name and address	Date of service From-To
26b.1. RENTAS ACCOUNTING JOSE RENTAS ORTIZ URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 Villalba, PR 00766	2010 TO PRESENT

26c. List all firms or individuals who were in possession of the debtor's books of account and records when this case is filed.

- None

Name and address	If any books of account and records are unavailable, explain why
26c.1. RENTAS ACCOUNTING JOSE RENTAS ORTIZ URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 Villalba, PR 00766	

26d. List all financial institutions, creditors, and other parties, including mercantile and trade agencies, to whom the debtor issued a financial statement within 2 years before filing this case.

- None

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Case number (if known) _____

Name and address

26d.1. **REGISTRO UNICO LSITADORES
ADM SERVICIOS GENERALES PR
San Juan, PR 00936**

27. Inventories

Have any inventories of the debtor's property been taken within 2 years before filing this case?

- No
 Yes. Give the details about the two most recent inventories.

	Name of the person who supervised the taking of the inventory	Date of inventory	The dollar amount and basis (cost, market, or other basis) of each inventory
27.1	RICARDO J GUZMAN	5/30/2016	\$50,753.00

Name and address of the person who has possession of inventory records

**DEBTOR
CALLE MUNOZ RIVERA #4
Villalba, PR 00766**

27.2	RICARDO J GUZMAN	12/31/2015	\$51,100.00
------	-------------------------	-------------------	--------------------

Name and address of the person who has possession of inventory records

**DEBTOR
CALLE MUNOZ RIVERA #4
Villalba, PR 00766**

28. List the debtor's officers, directors, managing members, general partners, members in control, controlling shareholders, or other people in control of the debtor at the time of the filing of this case.

Name	Address	Position and nature of any interest	% of interest, if any
RICARDO J GUZMAN GONZALEZ	CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766	PRESIDENT	100% SHARES

Name	Address	Position and nature of any interest	% of interest, if any
LINDA I RIVERA RODRIGUEZ	CALLE MUNOZ RIVERA #4 Villalba, PR 00766	SECERETARY	

29. Within 1 year before the filing of this case, did the debtor have officers, directors, managing members, general partners, members in control of the debtor, or shareholders in control of the debtor who no longer hold these positions?

- No
 Yes. Identify below.

30. Payments, distributions, or withdrawals credited or given to insiders

Within 1 year before filing this case, did the debtor provide an insider with value in any form, including salary, other compensation, draws, bonuses, loans, credits on loans, stock redemptions, and options exercised?

- No
 Yes. Identify below.

Name and address of recipient	Amount of money or description and value of property	Dates	Reason for providing the value
-------------------------------	------------------------------------------------------	-------	--------------------------------

Debtor **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC** Case number (if known) _____

	Name and address of recipient	Amount of money or description and value of property	Dates	Reason for providing the value
30.1	RICARDO J GUZMAN GONZALEZ URB CARMINO REAL 68 Juana Diaz, PR 00795	\$27,000.00	1/1/15 TO 12/31/15	SALARY
	Relationship to debtor PRESIDENT			
30.2	RICARDO J GUZMAN GONZALEZ URB CAMINO REAL 68 Juana Diaz, PR 00795	\$11,280.00	1/1/16 TO 5/30/16	SALARY
	Relationship to debtor PRESIDENT			

31. Within 6 years before filing this case, has the debtor been a member of any consolidated group for tax purposes?

- No
 Yes. Identify below.

Name of the parent corporation _____ Employer Identification number of the parent corporation _____

32. Within 6 years before filing this case, has the debtor as an employer been responsible for contributing to a pension fund?

- No
 Yes. Identify below.

Name of the parent corporation _____ Employer Identification number of the parent corporation _____

Part 14: Signature and Declaration

WARNING -- Bankruptcy fraud is a serious crime. Making a false statement, concealing property, or obtaining money or property by fraud in connection with a bankruptcy case can result in fines up to \$500,000 or imprisonment for up to 20 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 1341, 1519, and 3571.

I have examined the information in this *Statement of Financial Affairs* and any attachments and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on _____

/s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZALEZ
Signature of individual signing on behalf of the debtor

RICARDO JOSE GUZMAN GONZALEZ
Printed name

Position or relationship to debtor PRESIDENT

Are additional pages to *Statement of Financial Affairs for Non-Individuals Filing for Bankruptcy* (Official Form 207) attached?

- No
 Yes

In re OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

Debtor(s)

Case No. _____

STATEMENT OF FINANCIAL AFFAIRS
Attachment B

- 1. Office Expenses 2014 to 2015**
- 2. Statements of Cash Flow**
- 3. Projected Statements of Operations from July 1, 2016 to December 31, 2016**
- 4. Income Tax 480.2 from 2012 to 2015**
- 5. 941-PR Tax Return 2012 to 2015**

Libro 485.2 Rev. 03/3

Liquidador: Revisor: **2012** ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO **2012** DEPARTAMENTO DE HACIENDA

Investigado por: **Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones**

Fecha: **01 de Ene de 12** Y TERMINADO EL **31 de Dic de 12**

Número de Serie: **PLANILLA ENMENDADA**

Nombre del Contribuyente: **OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.** Número de Matriculación Patronal: **66-0604069**

Dirección Postal: **CALLE MUNOZ RIVERA 4-C VILLALBA PR 00766-0000** Número de Registro del Departamento de Estado: **123973**

Clave Industrial: **PR 00766-0000** Tipo Municipal: **REGISTRO**

Número de Registro de Comercio: **19 JUL 2013**

Localización de la Industria o Negocio Principal: **CALLE MUNOZ RIVERA 4-C VILLALBA PUERTO RICO 00766** Tipo de Empleo: **REGISTRO**

Fecha de Incorporación: **Día 26 Mes 12 Año 2001**

Lugar de Incorporación: **PR**

Indique si es miembro de un grupo de entidades relacionadas: **No**

Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail): **MEHENDIA**

Controlado por Organismos Gubernamentales: **No**

Contribución: **ESPAÑOL**

Parte I	1. Ingreso neto (o pérdida) de operaciones (De la Parte V, línea 47)	2612	00
	2. Menos: Deducción por pérdida neta en las operaciones del año anterior (Someta detalle)		00
	3. Ingreso neto (o pérdida)	2612	00
Parte II	4. Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (Véanse instrucciones)		00
	5. Ingreso neto sujeto a contribución normal (Línea 3 menos línea 4)	2612	00
	6. Menos: Deducción para fines de la contribución adicional (Marque aquí si viene del Modelo SO-2652)		00
	7. Ingreso neto sujeto a contribución adicional (Línea 5 menos línea 6)	2612	00
	8. Contribución normal (Multiplique la línea 5 por 20%); (Marque aquí si utilizó el Anejo B4 Corporación)	522	00
	9. Contribución adicional (Véanse instrucciones); (Ingreso neto sujeto a 5% S)		00
	10. Contribución Total (Suma líneas 8 y 9)	522	00
	11. Contribución Alternativa - Ganancias de Capital y Tasas Preferenciales (Anejo D Corporación, Parte V, línea 30)		00
	12. Contribución Determinada (Línea 10 o 11, la que sea menor, siempre que la línea 11 sea mayor)	522	00
	13. Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Corporación, Parte I, línea 9)		00
	14. Créditos contributivos (Anejo B Corporación, Parte II, línea 25)		00
	15. Responsabilidad contributiva antes de contribución alternativa mínima (Suma de las líneas 12 y 13 menos línea 14)	522	00
	16. Contribución alternativa mínima (Anejo A Corporación, Parte V, línea 35)		00
	17. Contribución sobre monto aquí valiente a dividendos o distribución de beneficios (Bracket Profits Tax Form AS 2879, línea 11)		00
	18. Contribución sobre ingresos a tasas preferenciales (Anejo D Corporación, Parte VI, línea 42)		00
	19. Responsabilidad Contributiva Total (Suma líneas 15 a la 18)	522	00
Parte III	20. Menos: Otros Pagos y Retenciones (Anejo B Corporación, Parte III, línea 10)		00
	21. Crédito por el pago de derechos adicionales a los automóviles de lujo bajo la Ley 42-2005 (Véanse instrucciones)		00
	22. Crédito contributivo por oportunidad de empleo a Héroes y Herederos de las Fuerzas Armadas (Someta Anejo B4 Corporación)		00
	23. Balance de contribución a pagar (Si la línea 19 es mayor que la suma de las líneas 20 a la 22, anote la diferencia aquí, de lo contrario en la línea 25)	522	00
	a) Contribución (23a)	522	00
	b) Intereses (23b)	00	00
	c) Recargos (23c)	00	00
	d) Total (Suma líneas 23(a) a la 23(c)) (23d)	522	00
	24. Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Corporación, Parte II, línea 21)		00
	25. Exceso de contribución pagada o retenida (Véanse instrucciones)		00
	26. Cantidad pagada con esta planilla	522	00
	27. Contribución pagada en exceso (Suma líneas 19 y 24, menos líneas 20 a la 22. Indique la distribución de la línea 27 en línea A, B, C o D):		
	A. Acreditado a la contribución estimada año 2013 (27A)		00
	B. Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (27B)		00
	C. Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (27C)		00
	D. A reintegrar (27D)		00

Reproducido por Alm Corporation (almcorporation.net)

Formulario 462 2 Rev. 03/13

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC. R6-0604069

Corporación, Página 2

Partida		26	Importe	Partida	Importe	
Parte IV	1. Ventas netas	24	1494780.00			
	Menos: Costos de ventas o costos directos de producción					
	2. Inventario al comienzo del año					
	(a) Materiales	25	36620.00			
	(b) Artículos en proceso	26	00.00			
	(c) Artículos terminados o mercadería	27	00.00			
	3. Compra de materiales o mercadería	28	1272823.00			
	4. Jornales directos	29	00.00			
	5. Otros costos directos (Detalle en Parte VII)	30	00.00			
	6. Total costo bienes disponibles para la venta (Suma líneas 2 a la 5)	31	1309443.00			
	7. Menos: Inventario al finalizar el año					
	(a) Materiales	32	34721.00			
	(b) Artículos en proceso	33	00.00			
	(c) Artículos terminados o mercadería	34	00.00			
			34721.00	1274722.00		
	8. Ganancia bruta a venta o producción (Reste el resultado de la línea E menos línea 7 de la línea 1)	35	220058.00			
	9. Ganancia neta de capital (Anejo D Corporación, Parte IV, línea 22)	36	00.00			
	10. Ganancia neta (pérdida) en la venta de propiedad que no sea activo de capital (Anejo D Corporación, Parte VII, línea 43)	37	00.00			
	11. Renta	38	00.00			
12. Intereses	39	00.00				
13. Ingreso por servicio o comisiones	40	00.00				
14. Dividendos de corporaciones: (a) Domésticas (b) Extranjeras	41	00.00				
15. Participación distribuida en el ingreso neto de sociedades y sociedades especiales (Anejo F Corporación, Parte II, línea 44)	42	00.00				
16. Beneficio tributable de agricultura (Anejo 5 Corporación, Parte I, línea 9)	43	00.00				
17. Fletes y pasajes	44	00.00				
18. Ingresos misceláneos	45	00.00				
19. Total de ingresos (Suma líneas 8 a la 18)	46	220058.00				
Parte V	20. Compensación a oficiales (Véanse instrucciones Parte X)	47	00.00			
	21. Sueldos, comisiones y bonificaciones a empleados (Total \$) (Véanse instrucciones)	48	99851.00			
	22. Comisiones a negocios	49	00.00			
	23. Seguro social federal (FICA)	50	7639.00			
	24. Seguro de desempleo	51	3007.00			
	25. Primas Fondo Seguro del Estado	52	619.00			
	26. Seguro médico o de hospitalización	53	00.00			
	27. Seguros	54	11468.00			
	28. Intereses (Véanse instrucciones)	55	7185.00			
	29. Renta	56	00.00			
	30. Contribución sobre propiedad: (a) Mueble 2374 (b) Inmueble 907	57	3281.00			
	31. Otras contribuciones, patentes y licencias (Véanse instrucciones)	58	237.00			
	32. Pérdidas ocasionadas por fuego, huracán, otros siniestros o por robo	59	00.00			
	33. Gastos de automóviles (Millaje) (Véanse instrucciones)	60	00.00			
	34. Gastos de otros vehículos de motor (Véanse instrucciones)	61	3378.00			
	35. Gastos de comida y entretenimiento (Total) (Véanse instrucciones)	62	00.00			
	36. Gastos de viajes	63	00.00			
	37. Servicios profesionales	64	4900.00			
	38. Aportaciones a planes de pensiones u otros planes calificados (Véanse instrucciones. Someta Modelo SC-8042)	65	00.00			
	39. Depreciación y amortización (Véanse instrucciones. Someta Anejo E)	66	4125.00			
40. Deudas incobrables (Véanse instrucciones)	67	00.00				
41. Donativos (Véanse instrucciones)	68	00.00				
42. Reparaciones (Véanse instrucciones)	69	00.00				
43. Deducción a patronos que emplean personas impedidas (Véanse instrucciones)	70	00.00				
44. Aportaciones a cuentas de aportación educativa para los beneficiarios de sus empleados (Véanse instrucciones)	71	00.00				
45. Otras deducciones (Véanse instrucciones)	72	71756.00				
46. Total de deducciones (Suma líneas 20 a la 45)	73	217446.00				
47. Ingreso neto (o pérdida) de operaciones del año (Línea 19 menos línea 46. Traslada a la Parte I, línea 1)	74	2612.00				
Parte VI	8. Reparaciones	75	00.00			
	9. Luz y agua	76	00.00			
	10. Renta	77	00.00			
	11. Depreciación (Someta Anejo E)	78	00.00			
	12. Otros gastos (Someta detalle)	79	00.00			
	13. Total otros costos directos (Suma líneas 8 a la 12. Igual a la Parte V, línea 5)	80	00.00			

Corporación - Estado de Situación Comparado		Al comenzar el año		Al terminar el año	
Activos		Total		Total	
1 Efectivo en caja y bancos	00		29632	00	44142
2 Cuentas a cobrar	00	134925		00	170341
3 Menos Reserva para cuentas incobrables	00		134925	00	170341
4 Obligaciones a cobrar	00			00	00
5 Inventarios	00		36620	00	34721
6 Inversiones	00			00	00
7 Activos depreciables	00	374331		00	374331
8 Menos Reserva para depreciación	00	157870	216461	00	161995
9 Terrenos	00		75000	00	75000
10 Otros activos	00			00	00
11 Total de Activos	00		492638	00	536540
Pasivos y Capital					
Pasivos					
12 Cuentas a pagar	00	125384		00	88166
13 Gastos incurridos y no pagados	00	8210		00	7948
14 Obligaciones a pagar a largo plazo	00	9981		00	10603
15 Otras obligaciones	00	13184		00	5864
16 Total de Pasivos	00		156759	00	112571
Capital					
17 Capital en acciones					
(a) Acciones preferidas	00			00	
(b) Acciones comunes	00	263612		00	349612
18 Sobrante de capital	00			00	
19 Ganancias retenidas	00			00	
20 Reserva	00	72267		00	74357
21 Total de Capital	00		335879	00	423869
22 Total Pasivos y Capital	00		492638	00	536540

Reconciliación del Ingreso Neto (o Pérdida) según Libros con el Ingreso Neto Tributable (o Pérdida) según Planilla			
1 Ingreso neto (o pérdida) según libros	00	2090	00
2 Contribución sobre ingresos según libros	00	622	00
3 Exceso de pérdidas de capital sobre ganancias de capital	00		00
4 Ingreso tributable no registrado en los libros este año (Detalle use anejos si es necesario)			
(a) _____			
(b) _____			
(c) _____			
(d) _____			
Total	00		00
5 Gastos registrados en los libros este año no reclamados en esta planilla (Detalle use anejos si es necesario)			
(a) Comida y entretenimiento (porción no reclamada)			
(b) Depreciación			
(c) Vehículos de motor (en exceso del límite)			
(d) Embarcaciones, aeronaves y propiedad localizada fuera de P.R.			
(e) _____			
Total	00		00
6 Total	00	2612	00
7 Ingreso registrado en los libros este año no incluido en esta planilla (Detalle use anejos si es necesario)			
(a) Intereses exentos			
(b) _____			
(c) _____			
(d) _____			
Total	00		00
8 Deducciones en esta planilla no llevadas contra el ingreso en los libros este año (Detalle use anejos si es necesario)			
(a) Depreciación			
(b) _____			
(c) _____			
(d) _____			
Total	00		00
9 Total (Suma líneas 7 y 8)	00		00
10 Ingreso neto tributable (o pérdida) según planilla (Línea 6 menos línea 9)	00		2612

Análisis del Sobrante según Libros			
1 Balance al comenzar el año	00	72267	00
2 Ingreso neto según libros	00	2090	00
3 Otros aumentos (Detalle use anejos si es necesario)			

Total	00		00
4 Total (Suma líneas 1, 2 y 3)	00	74357	00
5 Distribuciones			
(a) Efectivo	00		00
(b) Propiedad	00		00
(c) Acciones	00		00
6 Otras rebajas (Use anejos si es necesario)	00		00
7 Total (Suma líneas 5 y 6)	00		00
8 Balance al finalizar el año (Línea 4 menos línea 7)	00		74357

Formulario 480-B Rev. 03/13

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.

66-0604089

Corporación Pagina 1

Compensación a Oficiales						
Nombre del oficial	Número de seguro social	Porcentaje de indemnidad o negocio	Porcentaje de acciones poseídas		Compensación	
			Comunes	Preferidas		
RICARDO J. GUZMAN	599-18-2690	100	100	0		00
		100	0	0		00
		100	2	0		00
		0	0	0		00
Total de compensación a Oficiales (Traslada a la Parte V, línea 30)						

Cuestionario

1. Si es una corporación extranjera, indique si la industria o negocio operó como sucursal SI NO

2. Si es una sucursal, indique el porcentaje que representa el ingreso de fuentes de Puerto Rico del total de ingresos de la corporación SI NO

3. ¿Mantuvo la corporación durante este año parte de sus records en un sistema computarizado? SI NO

4. Los libros de la corporación están a cargo de:
 Nombre: JOSE L. RENTAS ORTIZ
 Dirección: CALLE PRINCIPAL # 200 VILLALBA, PR 00766
 Correo electrónico (E-mail): _____
 Teléfono: _____

5. Indique el método de contabilidad utilizado en los libros para propósitos contributivos: Recibo y Pegarito Acumulación Otro (especificar): _____

6. ¿Hindió la corporación los siguientes documentos?
 (a) Declaración Informativa (Formularios 480-B, 480-CA, 480-EB) SI NO
 (b) Compromiso de Retención (Formulario 1099-2W-2PR) SI NO

7. Si el ingreso bruto de la entidad o del grupo controlado excede de \$3,000,000 ¿Somó los estados financieros auditados por un CPA con licencia de Puerto Rico? SI NO

8. Número de empleados durante el año: 7

9. ¿Reclamó la corporación gastos relacionados con la incularidad, uso, mantenimiento y depreciación de:
 (a) Automóviles? SI NO
 (b) Embarcaciones? SI NO
 (i) ¿Derivó más del 50% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la pesca o transporte de pasajeros o de carga o arrendamiento? SI NO

10. ¿Declamó la corporación gastos relacionados con:
 (a) Alojamiento? (excepto empleados del negocio) SI NO
 (b) Empleados que asistieron a convenciones fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos? SI NO

11. ¿Distribuyó la corporación durante el año contributivo, dividendos que no fueran en acciones o en liquidación en exceso de la ganancia corriente y acumulada? SI NO

12. ¿Es la corporación socio de una sociedad especial? SI NO (Si es más de una, someta detalle)
 Nombre de la Sociedad Especial: _____
 Número de identificación patronal: _____

13. ¿Recibió ingresos exentos? SI NO (Somete Anejo E Corporación)

14. Anote la cantidad correspondiente de donativos a municipios de la cantidad incluida en la Parte V, línea 41

15. Indique si pagó primas a aseguraciones no autorizadas: SI NO

16. Número de patrono otorgado por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos: 3071800007

17. Número de socios/as: 2

JURAMENTO

Nosotros, los suscribientes, presidente (o vicepresidente u otro oficial principal) y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual se hace esta planilla de contribución sobre ingresos, cada uno por sí, bajo el más solemne juramento y so pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma (incluyendo anejos y estados que la acompañan), y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa fecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.

Ricardo J. Guzman
 Firma del presidente o vicepresidente

Ricardo J. Guzman
 Firma de tesorero o tesorero auxiliar

Agente

PARA USO DEL ESPECIALISTA SOLAMENTE

Declara bajo pena de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo sus anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepare esta planilla es en relación a la información recibida y esta puede ser verificada.

Nombre del especialista (o del firmante): **CPA JOSE L RENTAS ORTIZ** Núm. de registro: **14638** Fecha: **19/07/2013** Marque aquí si es especialista por cuenta propia:

Número de firma: **RENTAS ACCOUNTING CPA** Código postal: **58-1434571**

Dirección: **URB LA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 VILLALBA PR 00766**

NOTA AL CONTRIBUYENTE
 Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: SI NO. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Período de Corrección: Diez (10) años Reproducido por Aim Corporation (aimcorporation.net)

Anejo A Corporación		CONTRIBUCION ALTERNATIVA MINIMA		2012	
Nombre del contribuyente		Número de identificación Patronal			
OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.		66-0604069			
Parte I Ajustes en el Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes en los Libros y Pérdidas de Operaciones					
1	Ingreso neto sujeto a contribución normal sin considerar la pérdida neta en operaciones de años anteriores y excluyendo la ganancia neta de capital que haya optado por tributar a las tasas especiales (Véanse instrucciones)			2612	00
2	Ajustes:				
	a. Depreciación flexible	(2a)	00		
	b. Ventas a plazos	(2b)	00		
	c. Contrato a largo plazo	(2c)	00		
	d. Gastos relacionados con intereses exentos	(2d)	00		
	e. Depreciación acelerada	(2e)	00		
	f. Gastos incurridos y pagos a una persona relacionada por servicios prestados fuera de Puerto Rico	(2f)	00		
	g. Total de ajustes (Suma líneas 2 (a) a la 2 (f))	(2g)	00		00
3	Ingreso neto alternativo mínimo antes de ajustes de la Parte I y la pérdida de operaciones (Suma líneas 1 y 2 (g))	(3)		2612	00
Parte II Ajuste por el Exceso del Ingreso Neto Ajustado según Libros sobre el Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes					
4	Ingreso neto (o pérdida) según libros	(4)	2090	00	
5	Ajuste por amortización de plusvalía	(5)	00		
6	Contribuciones sobre ingresos consideradas en los libros	(6)	522	00	
7	Suma líneas 4, 5 y 6	(7)			2612 00
8	Ingreso de intereses exentos neto de gastos relacionados	(8)		00	
9	Dividendos y distribuciones de beneficios recibidos de corporaciones o sociedades domésticas, de ingresos de fomento industrial o de desarrollo turístico	(9)		00	
10	Ingreso de fomento industrial, ingreso exento de desarrollo turístico e ingreso de negocio agrícola bona fide	(10)		00	
11	Ingreso (o pérdida) reconocido según el método de equidad	(11)		00	
12	Reserva para pérdidas catastróficas	(12)		00	
13	Ganancia neta de capital a largo plazo (Véanse instrucciones)	(13)		00	
14	Suma líneas 8 a la 13	(14)			00
15	Línea 7 menos línea 14	(15)			2612 00
16	Línea 15 menos línea 3. Si la línea 3 es mayor que la línea 15, anote cero	(16)			00
17	Ajuste por el exceso del ingreso neto ajustado según libros sobre el ingreso neto alternativo mínimo de la línea 3 (Multiplique la línea 16 por 50%)	(17)			00
Parte III Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo					
18	Ingreso neto alternativo mínimo antes de pérdida neta en operaciones (Suma líneas 3 y 17)	(18)			2612 00
19	Pérdida neta en operaciones de años anteriores para la determinación de la contribución alternativa mínima (Véanse instrucciones. Someta detalle)	(19)			00
20	Línea 18 menos línea 19 (Anote aquí la diferencia, pero no menos del 10% de la línea 18)	(20)			2612 00
21	Cantidad exenta (Véanse instrucciones)	(21)			00
22	Ingreso neto alternativo mínimo (Línea 20 menos línea 21)	(22)			2612 00
Parte IV Cómputo del Crédito Alternativo Mínimo por Contribuciones Pagadas al Extranjero					
23	Contribución mínima tentativa (Multiplique la línea 22 por 20%)	(23)			522 00
24	Ingreso neto alternativo mínimo antes de la deducción por pérdida neta en operaciones (Línea 16)	(24)	2612	00	
25	Cantidad exenta permisible sin considerar la pérdida neta en operaciones (Véanse instrucciones)	(25)	2612	00	
26	Línea 24 menos línea 25	(26)			00
27	Multiplique la línea 26 por 20%	(27)			00
28	Multiplique la línea 27 por 10%	(28)			00
29	Límite del crédito (Línea 23 menos línea 28)	(29)			522 00
30	Crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero; Esta cantidad no podrá exceder la cantidad en la línea 29. Véanse instrucciones)	(30)			00
Parte V Cómputo de la Contribución Alternativa Mínima					
31	Contribución mínima tentativa después del crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 23 menos línea 30)	(31)			522 00
32	Uno por ciento (1%) del valor de las compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Véanse instrucciones)	(32)			12728 00
33	Contribución mínima tentativa (Anote la mayor entre líneas 31 y 32)	(33)			12206 00
34	Contribución regular a usada	(34)			522 00
35	Contribución alternativa mínima (Línea 33 menos línea 34. Si la línea 34 excede la línea 33, anote cero; de lo contrario, anote la diferencia en el Formulario 480-2, Parte III, línea 16)	(35)			00

Anejo E Te. 27 de 12	<h2 style="margin: 0;">DEPRECIACION</h2>	<h2 style="margin: 0;">2012</h2>						
Año contributivo con el 1599 a 01 de Ene de 12 y terminado el 31 de Dic de 12								
Nombre del contribuyente OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.		Número de Seguro Social o de Identificación Patronal 66-0604069						
1. Clase de propiedad (en caso de edificaciones indique el tipo de material utilizado en la construcción)	2. Fecha de adquisición	3. Costo u otra base (excluya el costo del terreno). En el caso de acuerdos a base no debe exceder de \$90,000 por vehículo.	4. Depreciación reclamada en años anteriores	5. Est. modo de vida usado para computar depreciación.	6. Depreciación reclamada este año.			
(a) Depreciación Corriente								
EDIFICIO	12/12/2003	206283	00	28878	00	50	4125	00
			00		00			00
			00		00			00
Total				28878	00		4125	00
(b) Depreciación Flexible								
			00		00			00
			00		00			00
			00		00			00
Total					00			00
(c) Depreciación Acelerada								
5			00		00			00
3			00		00			00
50			00		00			00
Total					00			00
(d) Amortización (ej. Goodwill)								
			00		00			00
			00		00			00
			00		00			00
Total					00			00
(e) Automóviles (Véanse instrucciones)								
			00		00			00
			00		00			00
			00		00			00
Total					00			00
(f) Vehículos bajo arrendamiento financiero (Formulario 480.7D) (31)								
TOTAL. (Suma el Total de líneas (a) a la (f) de la Columna 6. Traslade a los Anejos K, L, M y N individual, según aplique) (10)								
4125								

Gastos Adicionales

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC

660-60-4069

Desde el 01 de Ene del 2012 Hasta el 31 de Dic del 2012

REPARACIONES	\$	10702
GASTOS DE OFICINA		6970
LUZ		41696
TELEFONO		7209
AGUA		3167
ANUNCIO		4013

TOTAL OTROS GASTOS	\$	<u>71756</u>
--------------------	----	--------------

Formulari 450.2 Rev. 02-14

Liquidador	Revisor	2013	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2013
Investigado por		Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones		
Fecha				
Año Contributivo Comenzado El		01 de <u>Ene</u> de <u>13</u> Y TERMINADO EL <u>31</u> de <u>Dic</u> de <u>13</u>		

COPY

PLANILLA ENMENDADA
Fecha de Pago



Nombre del Contribuyente OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.		Número de Identificación Patronal 66-0604069
Dirección Postal CALLE MUNOZ RIVERA 4-C VILLALBA PR 00766-0000		Núm. de Registro del Departamento de Estado 123973
Código Postal		Clave Industrial / Cod. Municipal
Inclusión de la industria o negocio Principal CALLE MUNOZ RIVERA 4-C VILLALBA PUERTO RICO 00766		Número de Registro de Comerciante
Naturaleza de la industria o negocio Principal (Ej. Fabricación, Comercio, etc.) VENTA MATERIALES DE OFICINA		Número de Teléfono / Extensión
Fecha de Incorporación Día 26 / Mes 12 / Año 2001		Tipo de Empleado
Lugar de Incorporación PR		Indique si es miembro de un grupo de empujados relacionados
Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail)		Número de grupo

Parte I	1 Ingreso neto (o pérdida) de operaciones (De la Parte V línea 50)	1	2215	00
	2 Menos: Deducción por pérdida neta en las operaciones del año anterior (Formeta Detalle)	2		00
	3 Ingreso neto (o pérdida)	3	2215	00
Parte II	4 Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (Véanse Instrucciones)	4		00
	5 Ingreso neto sujeto a contribución normal (Línea 3 menos línea 4)	5	2215	00
	6 Menos: Deducción para fines de la contribución adicional (Marque aquí si viene del Modelo SC 2652)	6	25000	00
	7 Ingreso neto sujeto a contribución adicional (Línea 5 menos línea 6)	7		00
	8 Contribución normal (Multiplique la línea 5 por <input checked="" type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10%) (Marque aquí si utilizó el Anejo B4 Corporación)	8	443	00
	9 Contribución adicional (Véanse instrucciones) (Ingreso neto sujeto al 5%)	9		00
	10 Contribución Total (Sume líneas 8 y 9)	10	443	00
Parte III	11 Contribución Alternativa: Garantías de Capital y Tasas Preferenciales (Anejo D Corporación, Parte V, línea 40)	11		00
	12 Contribución Determinada (Línea 10 o 11, la que sea menor, siempre que la línea 11 sea mayor de cero)	12	443	00
	13 Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Corporación, Parte I, línea 3)	13		00
	14 Créditos contributivos (Anejo B Corporación, Parte II, línea 26)	14		00
	15 Responsabilidad contributiva antes de contribución alternativa mínima (Suma de las líneas 12 y 13 menos línea 14)	15	443	00
	16 Contribución alternativa mínima (Anejo A Corporación, Parte V, línea 52)	16		00
	17 Contribución sobre monto equivalente a dividendo o distribución de beneficios (Branch Profits Tax Form AS 2878, línea 11)	17		00
	18 Contribución sobre ingresos a tasas preferenciales (Anejo D Corporación, Parte V, líneas 43)	18		00
	19 Contribución adicional sobre ingreso bruto en caso de negocio financiero (Véanse instrucciones)	19		00
	20 Responsabilidad Contributiva Total (Sume líneas 15 a 19)	20	443	00
	21 Menos: Otros Pagos y Retenciones (Anejo B Corporación, Parte III, línea 11)	21		00
	22 Crédito por el pago de derechos adicionales a los automóviles de bajo costo (Véanse instrucciones)	22		00
	23 Crédito contributivo por oportunidad de empleo a Héroes y Heroínas de las Fuerzas Armadas (Formeta Anejo B4 Corporación)	23		00
	24 Balance de contribución a pagar (Si la línea 20 es mayor que la suma de las líneas 21 a la 23, anote la diferencia aquí, caso contrario, en la línea 25)	24	443	00
	a) Contribución	24a		00
	b) Intereses	24b		00
	c) Recargos	24c		00
	d) Total (Sume líneas 24(a) a la 24(c))	24d	443	00
25 Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Corporación, Parte I, línea 21)	25		00	
26 Exceso de contribución pagada o retenida (Véanse instrucciones)	26		00	
27 Cantidad pagada con esta planilla	27	443	00	
28 Contribución pagada en exceso (Suma líneas 26 y 25, menos líneas 21 a la 23. Indique la distribución de la línea 28 en: línea A, B, C o D.)	28		00	
A. Acreditar a la contribución estimada año 2014	28A		00	
B. Acreditación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	28B		00	
C. Acreditación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	28C		00	
D. A reintegrar	28D		00	

Formulario 9807, Rev. 02/14		OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC		983544		90	
1 Ventas netas							
Menos: Costos de ventas o costos directos de producción							
2 Inventario al comienzo del año		210		34721		00	
(a) Materiales		220				00	
(b) Artículos en proceso		230				00	
(c) Artículos terminados o mercadería		240		804249		00	
3 Compras de materiales o mercadería		300				00	
4 Jornales directos		310				00	
5 Otros costos directos (Detalle en Parte VI)		320				00	
6 Total costo bienes disponibles para la venta (Suma líneas 2 a la 5)		350		838970		00	
7 Menos: Inventario al finalizar el año		360					
(a) Materiales		370		31216		00	
(b) Artículos en proceso		380				00	
(c) Artículos terminados o mercadería		390		31215		00	
8 Total de costos de ventas o costos directos de producción (Línea 6 menos línea 7)		400				807755	
9 Ganancia bruta en venta o producción (Línea 1 menos línea 8)		410				175789	
10 Ganancia neta de capital (Anejo D Corporación, Parte V, línea 23)		420				00	
11 Ganancia neta (o pérdida) en la venta de propiedad que no sea activo de capital (Anejo D Corporación, Parte VII, línea 44)		430				00	
12 Renta		440				00	
13 Intereses		450				00	
14 Ingreso por servicio o comisiones		460				00	
15 Dividendos de corporaciones: (a) Domésticas (b) Extranjeras		470				00	
16 Participación distribuida en el ingreso neto de sociedades y sociedades especiales (Anejo R Corporación, Parte I, línea 15)		480				00	
17 Beneficio imponible de agricultura (Anejo S Corporación, Parte I, línea 9)		490				00	
18 Fiestas y pasajes		500				00	
19 Ingresos misceláneos		510				175789	
20 Total de ingresos (Suma líneas 3 a la 19)		520				175789	
21 Compensación a oficiales (Véanse instrucciones Parte XI)		530				00	
22 Sueldos, comisiones y bonificaciones a empleados (Total \$ _____) (Véanse instrucciones)		540				82368	
23 Comisiones a negocios		550				6300	
24 Seguro social federal (FICA)		560				2425	
25 Seguro de desempleo		570				00	
26 Primas Fondo Seguro del Estado		580				30	
27 Seguro médico o de hospitalización		590				5947	
28 Seguros		600				8202	
29 Intereses (Véanse instrucciones)		610				00	
30 Renta		620				3844	
31 Contribución sobre propiedad: (a) Mueble 2732 (b) Inmueble 1112		630				972	
32 Otras contribuciones, patentes y licencias (Véanse instrucciones)		640				00	
33 Pérdidas ocasionadas por fuego, huracán, otros siniestros o por robo		650				00	
34 Gastos de automóviles (Mileaje _____) (Véanse instrucciones)		660				3814	
35 Gastos de otros vehículos de motor (Véanse instrucciones)		670				00	
36 Gastos de comida y entretenimiento (Total _____) (Multiplíquese total por 50% y anote en esta línea)		680				00	
37 Gastos de viajes		690				4900	
38 Servicios profesionales		700				00	
39 Aportaciones a planes de pensiones u otros planes calificados (Véanse instrucciones, Someta Modelo SC 6042)		710				4125	
40 Depreciación y amortización (Véanse instrucciones, Someta Anejo E)		720				00	
41 Deudas no cobrables (Véanse instrucciones)		730				00	
42 Donativos (Véanse instrucciones)		740				706	
43 Reparaciones (Véanse instrucciones)		750				00	
44 Regalías		760				00	
45 Cargos de administración		770				00	
46 Deducción a patronos que emplean personas impedidas (Véanse instrucciones)		780				00	
47 Aportaciones a cuentas de aportación educativa para los beneficiarios de sus empleados (Véanse instrucciones)		790				49981	
48 Otras deducciones (Véanse instrucciones)		800				173674	
49 Total de deducciones (Suma líneas 21 a la 48, Columnas A y B respectivamente)		810				2215	
50 Ingreso neto (o pérdida) de operaciones del año (Línea 20 menos línea 49, Columna B. Traslado a la Parte I, línea 1)		820				173574	
Partida		importe		Partida		importe	
1 Jornales, sueldos y bonificaciones		00		3 Reparaciones		00	
2 Seguro social federal (FICA)		00		4 Luz y agua		00	
3 Seguro de desempleo		00		5 Renta		00	
4 Primas Fondo Seguro del Estado		00		6 Depreciación (Someta Anejo E)		00	
5 Seguro médico o de hospitalización		00		7 Otros gastos (Someta detalle)		00	
6 Otros seguros		00		8 Total otros costos directos (Suma líneas 1 a 12, Igua. a la Parte IV, línea 5)		00	
7 Artículos: Impuesto sobre uso		00					

Gastos Adicionales

OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

660-60-4069

Desde el 01 de Ene del 2013 - Hasta el 31 de Dic del 2013

GASTOS DE OFICINA	\$	2983
LUZ		37951
TELEFONO		7261
AGUA		1610
ANUNCIOS		176

TOTAL OTROS GASTOS	\$	<u>49981</u>
--------------------	----	--------------

Corporación - Estado de Situación Comparado

37

Activos	Al comenzar el año		Al terminar el año	
	Tota		Tota	
1 Efectivo en caja y bancos		44142.00		-3276.00
2 Cuentas a cobrar	170341.00		130959.00	
3 Menos: Reserva para cuentas incobrables		170341.00		130959.00
4 Inventarios		34721.00		31215.00
5 Otros activos corrientes				30.00
6 Obligaciones a cobrar				80.00
7 Inversiones				00.00
8 Activos depreciables	374331.00		512581.00	
3 Menos: Reserva para depreciación	161995.00		166120.00	346481.00
10 Terrenos		75000.00		00.00
11 Otros activos a largo plazo				18258.00
12 Total de Activos		536540.00		623617.00
Pasivos y Capital				
Pasivos				
13 Cuentas a pagar	88158.00		53902.00	
14 Gastos incurridos y no pagados	10603.00		7462.00	
15 Otros pasivos corrientes		00.00		00.00
16 Obligaciones a pagar a largo plazo	7948.00		21387.00	
17 Otras obligaciones a largo plazo	5864.00		94180.00	
18 Total de Pasivos		112873.00		176931.00
Capital				
19 Capital en acciones				
(a) Acciones preferidas				00.00
(b) Acciones comunes	349612.00		274812.00	
20 Sobrante de capital		00.00		00.00
21 Ganancias retenidas		00.00		00.00
22 Reserva	74357.00		72074.00	
23 Total de Capital		423669.00		346686.00
24 Total Pasivos y Capital		536540.00		623617.00

Parte VII

Reconciliación del Ingreso Neto (o Pérdida) según Libros con el Ingreso Neto Tributable (o Pérdida) según Planilla

38

1 Ingreso neto (o pérdida) según libros	1772.00	7 Ingreso registrado en los libros este año no incluido en esta planilla (Detalle, use anejos si es necesario)	
2 Corriente sobre ingresos según libros	443.00	(a) Intereses exentos	
3 Exceso de pérdidas de capital sobre ganancias de capital	00.00	(b)	
4 Ingreso tributable no registrado en los libros este año (Detalle, use anejos si es necesario)		(c)	
(a)		(d)	
(b)		Total	00.00
(c)		8 Deducciones en esta planilla no llevadas contra el ingreso en los libros este año (Detalle, use anejos si es necesario)	
Total	00.00	(a) Depreciación	
5 Gastos registrados en los libros este año no reclamados en esta planilla (Detalle, use anejos si es necesario)		(b)	
(a) Comida y entretenimiento (porción no reclamada)		(c)	
(b) Depreciación		(d)	
(c) Vehículos de motor (en exceso del límite)		Total	00.00
(d) Embarcaciones, aeronaves y propiedad localizada fuera de P.R.		9 Total (Suma líneas 7 y 8)	00.00
(e) Gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas		10 Ingreso neto tributable (o pérdida) según planilla (Línea 6 menos línea 9)	2215.00
(f)			
Total	00.00		
6 Total	2215.00		

Parte VIII

Análisis del Sobrante según Libros

39

1 Balance al comenzar el año	74357.00	5 Distribuciones	
2 Ingreso neto según libros	1772.00	(a) Efectivo	4055.00
3 Corros aumentos (Detalle, use anejos si es necesario)		(b) Propiedad	00.00
		(c) Acciones	00.00
4 Total (Suma líneas 1, 2 y 3)	76129.00	6 Otras rebajas (Use anejos si es necesario)	00.00
		7 Total (Suma líneas 5 y 6)	4055.00
		8 Balance al finalizar el año (Línea 4 menos línea 7)	72074.00

Parte IX

Compensación a Oficiales

Nombre del oficial	Número de seguridad social	Porcentaje del salario de base	Porcentaje de actividades relacionadas		Compensación
			Actividades	Prerrogativas	
					00
					00
					00
					00

Tota de compensación a oficiales (Trasladar a la Parte V, línea 2)

Cuestionario

		SI	NO	SI	NO
1	Si es una corporación extranjera, indique si la industria o negocio operó como subsidiaria		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Si es una subsidiaria, indique el porcentaje que representa el ingreso de bienes de Puerto Rico del total de ingreso de la corporación.				
3	Mantuvo la corporación durante este año parte de sus records en un sistema computarizado?	<input checked="" type="checkbox"/>			
4	Los libros de la corporación están a cargo de: Nombre: <u>JOSE L. RENTAS ORTIZ</u> Dirección: <u>CALLE PRINCIPAL # 200 VILLALBA, PR 00768</u> Correo electrónico (E-mail): <u>rentasirma@yahoo.com</u> Teléfono: <u>(787) 847-7248</u>				
5	Indique el método de contabilización utilizado en los libros para propósitos contributivos: <input checked="" type="checkbox"/> Recibo y Pagado <input type="checkbox"/> Asimilación Otro (especificar):				
6	¿Rindió la corporación los siguientes documentos? (a) Declaración Intensiva (Formulario 4805, 4805A, 4805B) (b) Compromiso de Retención (Formulario 483R-2/W-2PR)	(a) <input checked="" type="checkbox"/>	(b) <input checked="" type="checkbox"/>		
7	Si el ingreso bruto de la entidad o del grupo controlado excede de \$5,000,000, ¿Sometió estados financieros auditados por un CPA con licencia de Puerto Rico?		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	¿Reclamó la corporación gastos relacionados con la titularidad, uso, mantenimiento y depreciación de: (a) Automóviles? (b) Embarcaciones? (c) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la pesca o transporte de pasajeros o de carga o arrendamiento?	(a) <input checked="" type="checkbox"/>	(b) <input checked="" type="checkbox"/>	(c) <input checked="" type="checkbox"/>	
9	(c) Aeronaves? (i) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de los ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento? (d) Propiedad residencial fuera de Puerto Rico? (ii) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con el alquiler de propiedades a personas no residentes?				
10	¿Reclamó la corporación gastos relacionados con: (a) Alojamiento (excuso empleados del negocio) ... (b) Empleados que asistieron a convenciones fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos?				
11	¿Discretizó la corporación, durante el año, contribuciones divorciadas que no fueran en acciones o en liquidación en exceso de la garantía corriente y acumulada?		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	¿Es la corporación socia de una sociedad especial? (Si es más de una, somarle de-a-le) Nombre de la Sociedad Especial: _____ Número de identificación patronal: _____				
13	¿Hizo ingresos eventuales? (Somere Anejo I-E Corporación)				
14	¿Asiste la entidad voluntariamente los contribuyentes a municipios de la cantidad incluida en la Parte V, línea 4?				
15	Indique si pagó primas a aseguradores no autorizados				
16	Número de patentes otorgadas por el Departamento de Trabajo y Recursos Humanos: <u>3071800067</u>				
17	Número de adquisiciones: <u>2</u>				

JURAMENTO

Nosotros, los suscritores, presidente (o vicepresidente u otro oficial principal) y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual se hace esta planilla de contribución sobre ingresos, cada uno por sí, bajo el más solemne juramento y so pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma (incluyendo anejos y estados que la acompañan), y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa, hecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.

[Firma manuscrita]
Firma del presidente o vicepresidente

[Firma manuscrita]
Firma del tesorero o tesorero auxiliar

Agente

PARA USO DEL ESPECIALISTA SOLAMENTE

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo los anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepara esta planilla es con relación a la información recabada y esta puede ser verificada.

Nombre del especialista (letra de molde)	Número de registro	Fecha	Marque aquí si es especialista con cuenta propia
CPA JOSE LUIS RENTAS ORTIZ	14638	10/07/2014	<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre de la firma	Dirección		Código postal
RENTAS ACCOUNTING CPA	URBALA VEGA CALLE PRINCIPAL 200 VILLALBA PR 00768		66-0761338
Firma del especialista			

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Indique si hizo pagar por la preparación de su planilla:

Anejo A Corporación	CONTRIBUCIÓN ALTERNATIVA MINIMA	2013
Año: 16-14 Nombre del contribuyente: OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.	Fecha de inicio de la contribución: 01 de Ene de 13, terminada el 31 de Dic de 13	Número de identificación Patronal: 66-0604069
Parte I Ajustes en el Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes en los Libros y Pérdidas de Operaciones		
1. Ingreso neto sujeto a contribución normal sin considerar la pérdida neta en operaciones de años anteriores y excluyendo la ganancia neta de capital que haya optado por tributar a las tasas especiales (Véanse instrucciones)	(1)	2215 00
2. Ajustes:		
a. Depreciación flexible	(2a)	00
b. Ventas a plazos	(2b)	00
c. Contrato a largo plazo	(2c)	00
d. Gastos relacionados con intereses exentos	(2d)	00
e. Depreciación acelerada	(2e)	00
f. Total de ajustes (Sume líneas 2(a) a 2(e))	(2f)	00
3. Ingreso neto alternativo mínimo antes de ajustes de la Parte II y la pérdida de operaciones (Suma líneas 1 y 2(f))	(3)	2215 00
Parte II Ajuste por el Exceso del Ingreso Neto Ajustado según Libros sobre el Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes		
4. Ingreso neto (o pérdida) según libros	(4)	1772 00
5. Ajuste por amortización de plusvalía	(5)	00
6. Contribuciones sobre ingresos consideradas en los libros	(6)	443 00
7. Suma líneas 4 y 6	(7)	2215 00
8. Ingreso de intereses exentos neto de gastos relacionados	(8)	00
9. Dividendos y distribuciones de beneficios recibidos de corporaciones o sociedades domésticas, de ingresos de fomento industrial o de desarrollo turístico	(9)	00
10. Ingreso de fomento industrial, ingreso exento de desarrollo turístico o ingreso de negocio agrícola bona fide	(10)	00
11. Ingreso (o pérdida) reconocido según el método de equidad	(11)	00
12. Reserva para pérdidas catastróficas	(12)	00
13. Ganancia neta de capital a largo plazo (Véanse instrucciones)	(13)	00
14. Suma líneas 8 a la 13	(14)	00
15. Línea 7 menos línea 14	(15)	2215 00
16. Línea 15 menos línea 3. Si la línea 3 es mayor que la línea 15, anote cero	(16)	00
17. Ajuste por el exceso de ingreso neto ajustado según libros sobre el ingreso neto alternativo mínimo de la línea 3 (Multiplique la línea 16 por 80%)	(17)	00
Parte III Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo		
18. Ingreso neto alternativo mínimo antes de pérdida neta en operaciones (Suma líneas 3 y 17)	(18)	2215 00
19. Pérdida neta en operaciones de años anteriores para la determinación de la contribución alternativa mínima (No puede exceder del 80% de la línea 18) (Véanse instrucciones. Somete a tabla)	(19)	00
20. Línea 18 menos línea 19 (Anote aquí la diferencia, pero no menos del 20% de la línea 18)	(20)	2215 00
21. Cantidad exenta (Véanse instrucciones)	(21)	50000 00
22. Ingreso neto alternativo mínimo (Línea 20 menos línea 21)	(22)	00
Parte IV Cómputo de la Contribución Mínima Tentativa y del Crédito Alternativo Mínimo por Contribuciones Pagadas al Extranjero		
23. Contribución mínima tentativa antes del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Multiplique la línea 22 por 30%)	(23)	00
24. Ingreso neto alternativo mínimo antes de la deducción por pérdida neta en operaciones (Línea 18)	(24)	00
25. Cantidad exenta permisible sin considerar la pérdida neta en operaciones (Véanse instrucciones)	(25)	00
26. Línea 24 menos línea 25	(26)	00
27. Multiplique la línea 26 por 30%	(27)	00
28. Multiplique la línea 27 por 10%	(28)	00
29. Límite del crédito (Línea 23 menos línea 28)	(29)	00
30. Crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Esta cantidad no podrá exceder a cantidad en la línea 29. Véanse instrucciones)	(30)	00
31. Contribución mínima tentativa neta del crédito por contribuciones pagadas al extranjero	(31)	00
32. Contribución adicional sobre ingreso bruto (Véanse instrucciones de la línea 40 de la Parte VI)	(32)	00
33. Suma líneas 31 y 32 y trasláde a la Parte VII línea 46	(33)	00

Form 990 (2015) **OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC. 850-60-4059**

Parte V Cómputo de la Contribución Adicional sobre Ingreso Bruto

34	Total de Ingresos (Añote aquí el total de la línea 20 menos a línea 13 de la Parte IV, página 2 de la planilla)	34	176789	00		
35	Más Costo de ventas o costos directos de producción (Añote aquí la cantidad de línea 8 de la Parte IV, página 2 de la planilla)	35	807765	00		
36	Participación distributable en el ingreso bruto de entidades conductoras (Añote la suma de la línea 1 de las Columnas A, B y C de la Parte I de los Anejos R y R1 Corporación) (Véase instrucciones)	36		00		
37	Total de ingreso bruto sujeto a la contribución adicional	37	983544	00		
38	Multiplique la línea 37 por la tasa contributiva aplicable (Someta evidencia si posee Dispensa) (Tasa contributiva: <input type="text"/> %)	38		00		
39	Participación distributable en el ingreso bruto de entidades conductoras que obtuvieron una dispensa parcial de la contribución adicional sobre ingreso bruto (Multiplique la participación distributable en el ingreso bruto de la entidad conductora reflejada en la Columna A por la tasa reducida aplicable y añote en la Columna B):					
	(a) Nombre entidad	Num. Identificación Patronal	Tasa reducida por Dispensa %	39(a)	00	00
	(b) Nombre entidad	Num. Identificación Patronal	Tasa reducida por Dispensa %	39(b)	00	00
	(c) Nombre entidad	Num. Identificación Patronal	Tasa reducida por Dispensa %	39(c)	00	00
	(d) Total (Sume las líneas 39(a) a 39(c) y añote el total aquí. Someta evidencia con la planilla) (Véanse Instrucciones)	39(d)		00		
40	Contribución adicional sobre ingreso bruto (Sume las líneas 38 y 39(d) y añote el total aquí y en la línea 32 de la Parte IV y en la línea 48 de la Parte VII de este Anejo)	40		00		

Parte VI Cómputo de Gastos Pagados a una Persona Relacionada y Compras de Propiedad Mueble de una Persona Relacionada

41	Gastos incurridos o pagados a una persona relacionada y transferencia de costos o asignación de gastos de una oficina principal ("Home Office") localizada fuera de Puerto Rico a una sucursal ("Branch") dedicada a la industria o negocio en Puerto Rico (Esta línea es la suma de la línea 49, Columna A de la Parte V, página 2 de la planilla más línea 51(e) de la Parte VII, página 3 de la planilla)	41		00
42	Multiplique la línea 41 por 20%	42		00
43	Compras de propiedad mueble de una persona relacionada y transferencia de propiedad mueble de una oficina principal ("Home Office") localizada fuera de Puerto Rico a una sucursal ("Branch") dedicada a la industria o negocio en Puerto Rico	43		00
44	Multiplique la línea 43 por 2% (Véanse instrucciones)	44		00
45	Total de gastos pagados a una persona relacionada y compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Sume líneas 42 y 44)	45		00

Parte VII Cómputo de la Contribución Alternativa Mínima

46	Contribución mínima tentativa después de crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 33 de la Parte IV)	46		00
47	Total de gastos pagados a una persona relacionada y compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Línea 45 de la Parte VI)	47	00	
48	Contribución adicional sobre ingreso bruto (Línea 40 de la Parte V)	48	00	
49	Sume las líneas 47 y 48	49		00
50	Contribución mínima tentativa (Añote la mayor entre líneas 46 y 49)	50		00
51	Contribución regular ajustada (Línea 10 de la Parte III, página 1 de la planilla)	51	443	00
52	Contribución alternativa mínima (Línea 50 menos línea 51. Si la línea 51 excede la línea 50, añote cero, de lo contrario, añote la diferencia en el Formulario 480.2, página 1, Parte II, línea 16)	52		00

Anejo E <small>Rev. 01-01-13</small>	DEPRECIACION	2013
Año de contribución: 01 de Ene de 13 y terminada el 31 de Dic de 13		Numero de Seguro Social: (incl. Número Patrono)
Nombre del contribuyente OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.		66-0604069
1. Clase de propiedad (en caso de edificaciones indique el tipo de material utilizado en la construcción).	2. Fecha de adquisición.	3. Costo u otra base (excuya el costo del terreno). En caso de automóviles, la base no debe exceder de \$30,000 por vehículo.
		4. Depreciación reclamada en años anteriores.
		5. Método de vida usado para computar depreciación.
		6. Depreciación reclamada este año.
37		
(a) Depreciación Corriente		
EDIFICIO	12/12/2003	206283
		33003
		50
		4125
		00
		00
		00
Total:		33003
		4125
		00
(b) Depreciación Flexible		
		00
		00
		00
		00
Total:		00
(c) Depreciación Acelerada		
5		00
3		00
50		00
Total		00
(d) Amortización (e) Goodwill		
		00
		00
		00
Total		00
(e) Automóviles (Véanse instrucciones)		
		00
		00
		00
Total		00
(f) Vehículos bajo arrendamiento financiero (Formulario 430.7D) (Cantidad de vehículos) (0%)		
		00
Nota: Complete la próxima línea sólo si está llenando el Formulario 482 (Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos)		
TOTAL: (Sume el Total de líneas (a) a la (f) de la Columna 6. Traslade a los Anejos K, L, M y N Individuo, según aplique, o a la línea correspondiente de otras planillas).		
		4125

Liquidador: _____ Revisor: _____ 2014
 Investigado por: _____
 Fecha: _____
 R M T N: _____

Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones

AÑO CONTRIBUTIVO COMENZADO EL 01 de Ene de 14 Y TERMINADO EL 31 de Dic de 14

COPY

PLANILLA ENMIENDADA
 Sello de Pago

Nombre del Contribuyente
OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.
 Dirección Postal
CALLE MUNOZ RIVERA 4-C VILLALBA PR 00766-0000
 Código Postal: _____
 Coloque el Sello de Goma (Label) aquí

Número de Identificación Patronal
66-0604069
 Núm. de Registro del Departamento de Estado
123973
 Clave Industrial: _____ Cod. Municipal: _____
 Número de Registro de Comerciantes: _____

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 DEPARTAMENTO DE HACIENDA
 1165-Colección V. Villalba
RECIBIDO
02 JUN, 2015
 SIN PAGO
J. Rodríguez
 SECRETARIO DE HACIENDA

14-2982

Localización de la Industria o Negocio Principal: Número Calle, Pueblo
CALLE MUNOZ RIVERA 4-C VILLALBA PUERTO RICO 00766

Número de Teléfono - Extensión: _____
 Fecha de Incorporación: _____
 Día **26** Mes **12** Año **2001**

Nombre de Banco: _____
 Tipo de Entidad: _____

Naturaleza de la Industria o Negocio Principal (Ej. Farmacia, Cartería, etc.):
VENTA MATERIALES DE OFICINA

Lugar de Incorporación: **PR**

Indique si es miembro de un grupo de entidades relacionadas:
 Si No X
 Número de grupo: _____

Marque o encasillado correspondiente, si aplica:
 Primera planilla Última planilla
 Si No
PLANILLA 2015
 Español Inglés

Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail): _____

Parte I	Descripción	Código	Monto
1	Ingreso neto (o pérdida) de operaciones (De la Parte V, línea 54)	(1)	-12048.00
2	Menos: Deducción por pérdida neta en las operaciones del año anterior (Someta detalle)	(2)	.00
3	Ingreso neto (o pérdida)	(3)	-12048.00
4	Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (Véanse instrucciones)	(4)	.00
5	Ingreso neto sujeto a contribución normal (Línea 3 menos línea 4)	(5)	-12048.00
6	Menos: Deducción para fines de la contribución adicional (Marque aquí si viene del Modelo SC 2662)	(6)	25000.00
7	Ingreso neto sujeto a contribución adicional (Línea 5 menos línea 6)	(7)	.00
8	Contribución normal (Multiplique la línea 5 por <input checked="" type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10%)	(8)	.00
9	Contribución adicional (Véanse instrucciones)	(9)	.00
10	Contribución Total (Suma líneas 8 y 9)	(10)	.00
11	Contribución Alternativa - Ganancias de Capital y Tasas Preferenciales (Anejo C Corporación, Parte VI, línea 47)	(11)	.00
12	Contribución Determinada (Línea 10 o 11, la que sea menor, siempre que la línea 11 sea mayor de cero)	(12)	.00
13	Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Corporación, Parte I, línea 3)	(13)	.00
14	Créditos contributivos (Anejo B Corporación, Parte I, línea 25)	(14)	.00
15	Responsabilidad contributiva antes de contribución alternativa mínima (Suma de las líneas 12 y 13 menos línea 14)	(15)	.00
16	Contribución alternativa mínima (Anejo A Corporación, Parte VI, línea 41)	(16)	.00
17	Contribución sobre monto equivalente a dividendo o distribución de beneficios (Modelo SC 2873, Contribución sobre Monto Equivalente a Dividendo, línea 11)	(17)	.00
18	Contribución sobre dividendo implícito (Véanse instrucciones) (Modelo 2877, Contribución sobre Dividendo implícito, línea 11)	(18)	.00
19	Contribución sobre ingresos a tasas preferenciales bajo leyes especiales (Anejo D Corporación, Parte VII, línea 50)	(19)	.00
20	Contribución adicional sobre ingreso bruto (Véanse instrucciones)	(20)	.00
21	Contribución adicional sobre ingreso bruto en caso de negocio financiero (Véanse instrucciones)	(21)	.00
22	Responsabilidad Contributiva Total (Suma líneas 15 a la 21)	(22)	.00
23	Menos: Otros Pagos y Retenciones (Anejo B Corporación, Parte II, línea 11)	(23)	.00
24	Balance de contribución a pagar (Si la línea 22 es mayor que la línea 23, anote la diferencia aquí; de lo contrario, en la línea 26):	(24)	.00
	a) Contribución	(24a)	.00
	b) Intereses	(24b)	.00
	c) Recargos	(24c)	.00
	d) Total (Suma líneas 24a) a la 24c)	(24d)	.00
25	Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Corporación, Parte II, línea 21)	(25)	.00
26	Exceso de contribución pagada o retenida (Véanse instrucciones)	(26)	.00
27	Cantidad pagada con esta planilla (Suma líneas 24d) y 25) (Véanse instrucciones)	(27)	.00
28	Contribución pagada en exceso (Suma líneas 22 y 25 menos línea 23. Indique la distribución de la línea 28 en línea A, B, C o D):	(28)	.00
	A. Acreditar a la contribución estimada año 2015	(28A)	.00
	B. Aportación a Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	(28B)	.00
	C. Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	(28C)	.00
	D. A reintegrar	(28D)	.00

1 Ventas netas					
Menos: Costos de ventas o costos directos de producción					
2	Inventario al comienzo del año	100	200	00	00
	(a) Materiales			31215	00
	(b) Artículos en proceso				00
	(c) Artículos terminados o mercadería				00
3	Compra de materiales o mercadería			756941	00
4	Jornales directos				00
5	Otros costos directos (Detalle en Parte V)				00
6	Total costo bienes disponibles para la venta (Suma líneas 2 a 5)			788156	00
7	Menos: Inventario al finalizar el año	100	200		
	(a) Materiales			14254	00
	(b) Artículos en proceso				00
	(c) Artículos terminados o mercadería			14254	00
8	Total de costos de ventas o costos directos de producción (Línea 6 menos línea 7)			773902	00
9	Ganancia bruta en venta o producción (línea 1 menos línea 8)			170959	00
10	Ganancia neta de capital (Anejo D Corporación, Parte V, línea 28)				00
11	Ganancia neta (o pérdida), en la venta de propiedad que no sea activo de capital (Anejo D Corporación, Parte V, línea 51)				00
12	Renta				00
13	Intereses				00
14	Ingreso por servicio o comisiones				00
15	Dividendos de corporaciones: (a) Domésticas (b) Extranjeras				00
16	Participación distribuida en el ingreso neto de sociedades y sociedades asociadas (Anejo R Corporación, Parte I, línea 14)				00
17	Beneficio imponible de agricultura (Anejo S Corporación, Parte I, línea 9)				00
18	Fletes y pasajes				00
19	Ingresos misceláneos				00
20	Total de ingresos (Suma líneas 9 a la 19)			170959	00
21	Menos: Cantidad exenta bajo Ley 135-2014 (véanse instrucciones)				00
22	Total de ingreso después de la exención bajo la Ley 135-2014 (Línea 20 menos línea 21)			170959	00

		(A)	(B)
23	Compensación a oficiales (véanse instrucciones Parte X)	00	00
24	Sueldos, comisiones y bonificaciones a empleados (véanse instrucciones)	00	84557
25	Comisiones a negocios	00	00
26	Seguro social federal (FICA)	00	6020
27	Seguro de desempleo	00	2023
28	Primas Fondo Seguro de Estado	00	00
29	Seguro médico o de hospitalización	00	00
30	Seguros	00	10181
31	Intereses (véanse instrucciones)	00	11190
32	Renta	00	00
33	Contribución sobre propiedad: (a) Muebles 2896 (b) Inmueble 470	00	3366
34	Otras contribuciones, patentes y licencias (véanse instrucciones)	00	6364
35	Pérdidas ocasionadas por fuego, huracán, otros siniestros o por robo (véanse instrucciones)	00	00
36	Gastos de automóviles (Millaje) (véanse instrucciones)	00	00
37	Gastos de otros vehículos de motor (véanse instrucciones)	00	2253
38	Gastos de comida y entretenimiento (Total) (véanse instrucciones)	00	00
39	Gastos de viajes	00	11676
40	Servicios profesionales	00	00
41	Aportaciones a planes de pensiones u otros planes del fondo (véanse instrucciones, Someta Modelo SC 5042)	00	4125
42	Depreciación y amortización (véanse instrucciones Someta Anejo E)	00	00
43	Deudas no cobradas (véanse instrucciones)	00	00
44	Donativos (véanse instrucciones)	00	787
45	Reparaciones (véanse instrucciones)	00	00
46	Regalías	00	00
47	Cargos de administración	00	00
48	Deducción a patrones que emplean personas impedidas (véanse instrucciones)	00	00
49	Aportaciones a cuentas de aportación educativa para los beneficiarios de sus empleados (véanse instrucciones)	00	00
50	Gastos en propiedades arrendadas a la Compañía de Fomento Industrial de Puerto Rico o al hacién de la Compañía de Comercio y Exportación (véanse instrucciones)	00	00
51	Contribución adicional al sube-ingreso o al pago de enmiendas de la planificación (véanse instrucciones)	00	40465
52	Otras deducciones (véanse instrucciones)	00	183607
53	Total de deducciones (Suma líneas 23 a la 52, Columnas A y B respectivamente)		12048
54	Ingreso neto (o pérdida) de operaciones del año (Línea 22 menos línea 53, Columna B. Traslado a la Parte V, línea 1)		

Partida		Importe	Partida		Importe
1	Jornales, sueldos y bonificaciones	00	8	Reparaciones	00
2	Seguro social federal (FICA)	00	9	Luz y agua	00
3	Seguro de desempleo	00	10	Renta	00
4	Primas Fondo Seguro del Estado	00	11	Depreciación (Someta Anejo E)	00
5	Seguro médico o de hospitalización	00	12	Otros gastos (Someta detalle)	00
6	Otros seguros	00	13	Total otros costos directos (Suma líneas 1 a la 12, Igual a la Parte IV, línea 5)	00
7	Arbitrios - Impuesto sobre Uso	00			

Activos		Total	A terminar el año		Total
1 Efectivo en caja y bancos		-3276 00			56 00
2 Cuentas a cobrar	130959 00			125935 00	
3 Menos Reserva para cuentas incobrables		130959 00			125935 00
4 Inventarios		31215 00			14254 00
5 Otros activos corrientes		00 00			00 00
6 Obligaciones a cobrar		00 00			00 00
7 Inversiones		00 00			00 00
9 Activos depreciables	525081 00			525081 00	
9 Menos Reserva para depreciación	178620 00	346461 00		182745 00	342336 00
10 Terrenos					00 00
11 Otros activos a largo plazo		18258 00			18258 00
12 Total de Activos		523617 00			500839 00
Parte VII Pasivos y Capital					
Pasivos					
13 Cuentas a pagar	53902 00			72769 00	
14 Gastos incurridos y no pagados	7462 00			742 00	
15 Otros pasivos corrientes					00 00
16 Obligaciones a pagar a largo plazo				25695 00	
17 Otras obligaciones a largo plazo	115567 00			66995 00	
18 Total de Pasivos		176931 00			166201 00
Capital					
19 Capital en acciones					
(a) Acciones preferidas	274612 00			274612 00	
(b) Acciones comunes					00 00
20 Sobrante de capital					00 00
21 Ganancias retenidas					00 00
22 Reserva	72074 00			60026 00	
23 Total de Capital		346686 00			334638 00
24 Total Pasivos y Capital		523617 00			500839 00

Reconciliación del Ingreso Neto (o Pérdida) según Libros con el Ingreso Neto Tributable (o Pérdida) según Planilla		99	
1 Ingreso neto (o pérdida) según libros	-12048 00	7 Ingreso registrado en los libros este año no incluido en esta planilla (Detalle, use anejo si es necesario)	
2 Contribución sobre ingresos según libros	00 00	(a) Intereses exentos	
3 Exceso de pérdidas de capital sobre ganancias de capital	00 00	(b)	
4 Ingreso tributable no registrado en los libros este año (Detalle, use anejo si es necesario)		(c)	
(a)		(d)	
(b)		Total	00 00
(c)		8 Deducciones en esta planilla llevadas contra el ingreso en los libros este año (Detalle, use anejo si es necesario)	
Total	00 00	(a) Depreciación	
5 Gastos registrados en los libros este año no reclamados en esta planilla (Detalle, use anejo si es necesario)		(b)	
(a) Comida y entretenimiento (porción no reclamada)		(c)	
(b) Depreciación		Total	00 00
(c) Vehículos de motor (en exceso del límite)		9 Total (Suma líneas 7 y 8)	00 00
(d) Embarcaciones, aeronaves y propiedad localizada fuera de P.R.		10 Ingreso neto tributable (o pérdida) según planilla (Línea 6 menos línea 9)	-12048 00
(e) Gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas			
(f)			
Total	00 00		
6 Total	-12048 00		

Análisis del Sobrante según Libros		99	
1 Balance al comenzar el año	72074 00	5 Distribuciones:	
2 Ingreso neto según libros	-12048 00	(a) Efectivo	00 00
3 Otros aumentos (Detalle, use anejo si es necesario)		(b) Propiedad	00 00
		(c) Acciones	00 00
		6 Otras rebajas (Use anejo si es necesario)	00 00
		7 Total (Suma líneas 5 y 6)	00 00
4 Total (Suma líneas 1, 2 y 3)	60026 00	8 Balance al finalizar el año (Línea 4 menos línea 7)	60026 00

Nombre del contribuyente	Número de identificación	Tipo de entidad	Posición		Código de contribuyente
			Comisión	Participación	
RICARDO GUZMAN					00
					00
					00
					00
					00

Total de compensación a club(es) (Traslade a la Parte V línea 23)

Cuestionario 12

SI	NO	SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

JURAMENTO

Nosotros, los suscritores, presidente (o vicepresidente u otro oficial principal) y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual se hace esta planilla de contribución sobre ingresos, cada uno por sí, bajo el más solemne juramento y so pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma (incluyendo anejos y estados que la acompañan), y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa, hecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.

[Firma]
 Firma del presidente o vicepresidente

[Firma]
 Firma del tesorero o tesorero auxiliar

Agente

PARA USO DEL ESPECIALISTA SÓLAMENTE

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo los anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepara esta planilla es con relación a la información recibida y ésta puede ser verificada.

Nombre del especialista (Letra de molde): **CPA JOSE LUIS RENTAS ORTIZ** Núm. de registro: **14639** Fecha: **22/05/2015** Manuseado por el especialista por cuenta propia: **X**

Nombre de la firma: **RENTAS ACCOUNTING CPA** Teléfono: **65-0354574**

Firma de especialista: *[Firma]* Dirección: **URB LA VEGA, CALLE PRINCIPAL 203 VILLALBA PR 00756** Cód. postal:

NOTA AL CONTRIBUYENTE

Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: **Si** No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Anejo A Corporación Form 9911	CONTRIBUCION ALTERNATIVA MINIMA Anuncio del Bultin de Corporaciones 94 de Enero de 14 y Normas de 31 de Diciembre de 14	2014 A
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

Nombre del contribuyente OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.	Numero de Identificación Patronal 66-0604069
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Parte I	Ajustes en el Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes en los Libros y Pérdidas de Operaciones	
1 Ingreso neto sujeto a contribución normal sin considerar la pérdida neta en operaciones de años anteriores y excluyendo la ganancia neta de capital que haya optado por tributar a las tasas especiales (Véanse instrucciones)	1	-12048 00
2 Ajustes		
a. Depreciación flexible	2a	00
b. Ventas a plazos	2b	00
c. Contrato a largo plazo	2c	00
d. Gastos relacionados con intereses exentos	2d	00
e. Depreciación acelerada	2e	00
f. Total de ajustes (Sume líneas 2(a) a la 2(e))	2f	00
3 Ingreso neto alternativo mínimo antes de ajustes de la Parte I y la pérdida de operaciones (Sume líneas 1 y 2(f))	3	-12048 00

Parte II	Ajuste por el Exceso del Ingreso Neto Ajustado según Libros sobre el Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes	
4 Ingreso neto (o pérdida) según libros	4	-12048 00
5 Ajuste por amortización de plusvalía	5	00
6 Contribuciones sobre ingresos consideradas en los libros	6	00
7 Suma las líneas 4, 5 y 6	7	-12048 00
8 Ingreso de intereses exentos neto de gastos relacionados	8	00
9 Dividendos y distribuciones de beneficios recibidos de corporaciones o sociedades domésticas, de ingresos de fomento industrial o de desarrollo turístico	9	00
10 Ingreso de fomento industrial, ingreso exento de desarrollo turístico, ingreso de negocio agrícola bona fide o ingreso de renta bajo la Ley 132-2010	10	00
11 Ingreso (o pérdida) reconocido según el método de equidad	11	00
12 Reserva para pérdidas catastróficas	12	00
13 Ganancia neta de capital a largo plazo (Véanse instrucciones)	13	00
14 Suma líneas 8 a la 13	14	00
15 Línea 7 menos línea 14	15	00
16 Línea 15 menos línea 3. Si la línea 3 es mayor que la línea 15, anote cero	16	00
17 Ajuste por el exceso del ingreso neto ajustado según libros sobre el ingreso neto alternativo mínimo de la línea 3 (Multiplique la línea 16 por 60%)	17	00

Parte III	Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo	
18 Ingreso neto alternativo mínimo antes de pérdida neta en operaciones (Sume líneas 3 y 17)	18	00
19 Pérdida neta en operaciones de años anteriores para la determinación de la contribución alternativa mínima (No puede exceder del 80% de la línea 18) (Véanse instrucciones. Someta detalle)	19	00
20 Línea 18 menos línea 19 (Anote aquí la diferencia, pero no menos del 20% de la línea 18)	20	00
21 Cantidad exenta (Véanse instrucciones)	21	00
22 Ingreso neto alternativo mínimo (Línea 20 menos línea 21)	22	00

Parte IV	Cómputo de la Contribución Mínima Tentativa y del Crédito Alternativo Mínimo por Contribuciones Pagadas al Extranjero	
23 Contribución mínima tentativa antes del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Multiplique la línea 22 por 35%)	23	00
24 Ingreso neto alternativo mínimo antes de la deducción por pérdida neta en operaciones (Línea 18)	24	00
25 Cantidad exenta permisible sin considerar la pérdida neta en operaciones (Véanse instrucciones)	25	00
26 Línea 24 menos línea 25	26	00
27 Multiplique la línea 26 por 30%	27	00
28 Multiplique la línea 27 por 10%	28	00
29 Límite del crédito (Línea 23 menos línea 28)	29	00
30 Crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Esta cantidad no podrá exceder la cantidad en la línea 29. Véanse instrucciones)	30	00
31 Contribución mínima tentativa neta del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 23 menos línea 30. Traslade a la Parte VI, línea 37)	31	00

Parte V		Cómputo de Gastos Pagados a una Persona Relacionada y Compras de Propiedad Mueble de una Persona Relacionada	
32	Gastos incurridos o pagados a una persona relacionada y transferencia de costos o asignación de gastos de una oficina o línea principal ("Home Office") localizada fuera de Puerto Rico a una sucursal ("Branch") dedicada a la industria o negocio en Puerto Rico (Establezca esta suma de la línea 53, Columna A de la Parte V, página 2 de la planilla más ítem 51e) de la Parte V II, página 3 de la planilla)	52	00
33	Multiplique la línea 32 por 20%	53	00
34	Compras de propiedad mueble de una persona relacionada y transferencia de propiedad mueble de una oficina principal ("Home Office") localizada fuera de Puerto Rico a una sucursal ("Branch") dedicada a la industria o negocio en Puerto Rico	34	00
35	Multiplique la línea 34 por 2% (Véanse instrucciones)	35	00
36	Total de gastos pagados a una persona relacionada y compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Sume líneas 33 y 35)	36	00
Parte VI		Cómputo de la Contribución Alternativa Mínima	
37	Contribución mínima tentativa después del crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 31 de la Parte IV)	37	00
38	Total de gastos pagados a una persona relacionada y compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Línea 36 de la Parte V)	38	00
39	Contribución mínima tentativa (Añote la mayor entre líneas 37 y 38)	39	6386 00
40	Contribución regular ajustada (Línea 40 de la Parte III, página 1 de la planilla)	40	00
41	Contribución alternativa mínima (Línea 39 menos línea 40. Si la línea 40 excede la línea 39, añote cero; de lo contrario, añote la diferencia en el Formulario 480-2, página 1, Parte III, línea 16)	41	00

Anejo E Corporación <small>Form 456</small>	<h2 style="margin:0;">DEPRECIACIÓN</h2>	<h2 style="margin:0;">2014</h2>
Año de inicio del periodo: 01 de Ene de 14 y termina el 31 de Dic de 14		

Nombre del contribuyente: OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.	Número de Seguro Social o Identificación Patronal: 66-0604069
-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

1. Clase de propiedad (en caso de edificaciones, indique el tipo de material utilizado en la construcción)	2. Fecha de adquisición	3. Costo en la base (excluya el costo calafateo). En el caso de automóviles la base no debe exceder de \$30,000 por vehículo.	4. Depreciación reclamada en años anteriores	5. Esperanza de vida usada para computar depreciación	6. Depreciación reclamada este año.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------

(a) Depreciación Conierente					
EDIFICIO	12/12/2003	206283	00	37128	00
					00
					00
Total				37128	00

(b) Depreciación Flexible					
			00		00
					00
					00
Total				00	00

(c) Depreciación Acelerada					
5			00		00
3					00
50					00
Total				00	00

(d) Amortización (e) Goodwill					
			00		00
					00
					00
Total				00	00

(e) Automóviles (véanse instrucciones)					
			00		00
					00
					00
Total				00	00

(f) Vehículos bajo arrendamiento financiero (Formulario 480 (D)): Cantidad de vehículos _____ (01)	(02)	00
----------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

TOTAL: (Sume el Total de líneas (a) a la (f) de la Columna 6. Traslade a los Anejos K, L, M y N Individuo, según aplique o a la línea correspondiente de otras planillas)	4125
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Gastos Adicionales

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.

660-50-4069

Desde el 01 de Ene del 2014 - Hasta el 31 de Dic del 2014

GASTOS DE OFICINA	\$	5032
LUZ		29797
TELEFONO		2418
AGUA		598
ANUNCIOS		1520

TOTAL OTROS GASTOS	\$	<u>40465</u>
--------------------	----	--------------

Modelo SC 2644

Form AS
Rev. 15 mar 13



R
Liquidador
Revisor

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
 Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
SOLICITUD DE PRORROGA PARA RENDIR LA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS
 Request for Extension of Time to File the Income Tax Return
 Año comienza el 1 de Ene de 14 y termina el 31 de Dic de 14
 Year beginning on _____ of _____ and ending on _____ of _____

Número de Serie
Sello de Pago
Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1165-Colección Villalba RECIBIDO 13 ABR. 2015 SIN PAGO <i>De Zarco y G.</i> SECRETARÍA DE HACIENDA
Número de recibir importe
Ocupación / Negocio Occupation / Business

Parte - Part I: Información del Contribuyente - Taxpayer information

Número de Seguro Social
Social Security Number

Número de Identificación Patronal
Employer Identification Number

0000000000

660604069

Nombre del individuo
Individual's First Name

Inicial
Initial

Apellido Paterno
Last Name

Apellido Materno
Second Last Name

Nombre de la Corporación, Sociedad, Sucesión o Fideicomiso - Name of the Corporation, Partnership, Estate or Trust

Offices Express Supply Inc.

Dirección Postal - Postal Address

Calle Muñoz Rivera 4C

Villalba PR

Código Postal - Zip Code 00966

Código Municipal

Teléfono Residencia - Residential Telephone

Teléfono Oficina - Office Telephone

Parte - Part II: Información del (de los) Patrono(s) para quien(es) Trabaja (Aplica a prórroga automática y adicional)
Information of (the Employer(s) for whom you Work (Applies to automatic and additional extension of time)

Nombre del Patrono - Employer's Name

Dirección - Address

Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number

1.

Nombre del Patrono - Employer's Name

Dirección - Address

Código Postal - Zip Code

0000000000

2.

Nombre del Patrono - Employer's Name

Dirección - Address

Código Postal - Zip Code

0000000000

Parte - Part III: Ingresos (Aplica a prórroga automática y adicional) - Income (Applies to automatic and additional extension of time)

1. Ingreso según Comprobante de Retención o Ingreso Estimado

Income as per Withholding Statement or Estimated Income

0000000000

2. Otros Ingresos

Other Income

0000000000

3. Total de Ingreso Bruto Sujeto a Contribución

Total Gross Income Subject to Tax

0000000000

Parte - Part IV: Importe incluido con esta Solicitud (Aplica solo a prórroga automática)
Amount Included with this Request (Applies only to automatic extension of time)

1. Cantidad pagada con esta solicitud aplicable al total no pagado de la contribución (responsabilidad contributiva total)

Amount paid with this request applicable to the amount of tax due (total tax liability)

0000000000

2. Cantidad pagada con esta solicitud aplicable a la Contribución Adicional Especial (Anejo N Incentivos)

Amount paid with this request applicable to the Special Surtax (Schedule N Incentives) ... (CIFRA DE INGRESO 0215)

0000000000

3. Cantidad pagada con esta solicitud aplicable al Prepago del Impuesto sobre Repatriación (Formulario 400.3(I)DI, Anejo N Incentivos, Parte V)

Amount paid with this request applicable to the Prepayment of Tax on Repatriation (Form 400.3(I)DI, Schedule N Incentives, Part V) ... (CIFRA DE INGRESO 0242)

0000000000



Parte - Part V: Solicitud de Prórroga Automática - Request for Automatic Extension of Time
Clase de contribuyente - Type of taxpayer

- 1. Individuo - Individual
2. Sucesión - Estate
3. Fideicomiso - Trust
4. Corporación - Corporation
5. Corporación bajo el Programa de Incentivos Contributivos de Puerto Rico - Corporation under the Puerto Rico Tax Incentives Program
6. Corporación Especial Propiedad de Trabajadores Employee-Owned Special Corporation
7. Corporación de Individuos - Subchapter S Corporation
8. Sociedad - Partnership
9. Sociedad Especial - Special Partnership
10. Organización Sin Fines de Lucro - Not for Profit Organization
11. Compañía Inscrita de Inversión - Registered Investment Company
12. Fideicomiso para Beneficio del Fideicomitente - Grantor Trust
13. Corporación extranjera que no tiene oficina en Puerto Rico - Foreign corporation that does not have an office in Puerto Rico

3 meses months

14. Marque aquí si es socio en una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal (Véanse Instrucciones)
Check here if you are a partner of a partnership subject to tax under the Federal Internal Revenue Code (See instructions)

5 meses months

15. Fideicomiso de Empleados - Employee Trust
Décimoquinto (15) día del décimo mes siguiente al cierre del año contributivo
Fifteenth (15) day of the tenth month following the close of the taxable year

16. Persona sujeta a Ley 154-2010 - Person subject to Act 154-2010
a. Corporación - Corporation
b. Individuo - Individual
c. Sociedad - Partnership
d. Sociedad a nombre de sus socios - Partnership on behalf of partners

3 meses months

17. Otros Contribuyentes - Other Taxpayers
a. Formulario 482(C) - Form 482(C)
b. Formulario 480.1(SC) - Form 480.1(SC)
c. Formulario 480.2(A) - Form 480.2(A)

3 meses months

Parte - Part VI: Solicitud de Prórroga Adicional (Véanse instrucciones) - Request for Additional Extension of Time (See Instructions)

A. Si se encuentra fuera de Puerto Rico - If taxpayer is outside of Puerto Rico
Clase de contribuyente - Type of taxpayer
1. Individuo - Individual
2. Sucesión - Estate
3. Fideicomiso - Trust

3 meses months

Marque si - Check if: Contribuyente acompaña evidencia demostrando que se encuentra fuera de Puerto Rico.
Taxpayer submits evidence that he/she is outside of Puerto Rico.
Para Uso Interno: For Internal Use A. D.

B. Socios sujetos a Ley 154-2010 - Partners subject to Act 154-2010
1. Corporación - Corporation
2. Individuo - Individual

1 mes month

Juramento - Oath

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información aquí suministrada y que según mi mejor información y creencia la misma es cierta, correcta y completa.
I hereby declare under penalty of perjury that I have examined the information herein and to the best of my knowledge and belief it is true, correct and complete.

Contador
Título - Title

Nombre del contribuyente
Taxpayer's name

Firma del contribuyente
Taxpayer's signature

12 Abril 2015
Fecha - Date

Irma Rentas Ortiz
Nombre del representante autorizado
Duly authorized agent's name

Irma Rentas Ortiz
Firma del representante autorizado
Duly authorized agent's signature

Dirección del representante autorizado - Duly authorized agent's address
urb. La Vega Calle Principal #203 Villaalba P.R. 00766
Teléfono - Telephone 787-847-2484

ESTA PRORROGA NO EXTIENDE EL PAGO DE LA CONTRIBUCIÓN O CUALQUIER PLAZO DE LA MISMA, POR LO QUE CUALQUIER BALANCE PENDIENTE DE PAGO GENERARÁ INTERÉS Y RECARGOS DESDE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PLANILLA. ES IMPORTANTE QUE COMPLETE TODOS LOS ENCASILLADOS. RECUERDE INCLUIR LA INFORMACIÓN DE SU PATRONO Y EL INGRESO BRUTO QUE DEVENGO EN EL AÑO. THIS EXTENSION DOES NOT EXTEND THE TIME FOR PAYMENT OF THE TAX OR ANY INSTALLMENT THEREOF; THEREFORE, ANY BALANCE DUE WILL GENERATE INTEREST AND SURCHARGES FROM THE DUE DATE OF THE RETURN. IT IS IMPORTANT THAT YOU COMPLETE ALL BOXES. REMEMBER TO INCLUDE YOUR EMPLOYER'S INFORMATION AND THE GROSS INCOME RECEIVED DURING THE YEAR.

Formulario 400.2 Rev. 02.16

2015

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA

2015

Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones

AÑO CONTRIBUTIVO DOMINADO EL 01 de Ene de 15 Y TERMINADO EL 31 de Dic de 15

COPY

PLANILLA ENMENDADA

Nombre del Contribuyente
OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.

Dirección Postal
**CALLE MUNOZ RIVERA 4-C
VILLALBA PR 00766-0000**

Localización de la Industria o Negocio Principal
**CALLE MUNOZ RIVERA 4-C
VILLALBA PUERTO RICO 00766**

Naturaleza de la Industria o Negocio Principal (Ej. Ferretería, Cafetería, etc.)
VENTA MATERIALES DE OFICINA

Marque el encasillado correspondiente, si aplica
 Primera planilla Última planilla

Contratos con Organismos Gubernamentales
 SI No

Número de Identificación Patronal
66-0604069

Número de Registro del Departamento de Estado
123973

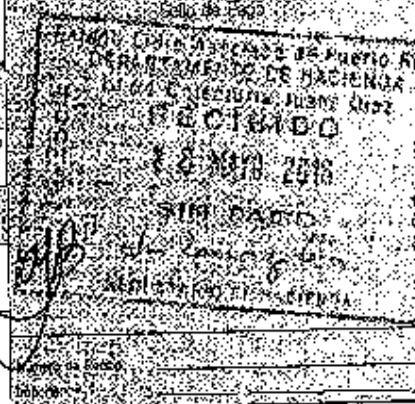
Clave Industrial Excl. Municipal

Número de Registro de Comercio

Número de Teléfono Exención

Fecha de Incorporación
Día 26 Mes 12 Año 2001

Lugar de Incorporación
PR



Indique si es miembro de un grupo de entidades relacionadas
 SI No

Cambio de Dirección SI No
Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail)

REINTEGRO		PAGO	
1	CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Parte IV, línea 58. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	(1)	00
A)	Acreditar a la contribución estimada 2015	(1A)	00
B)	Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	(1B)	00
C)	Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	(1C)	00
D)	A REINTEGRAR	(1D)	00
2	TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Parte IV, línea 68)	(2)	00
3	Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla	(3a)	00
	(b) Intereses	(3b)	00
	(c) Recargos y Penalidades	(3c)	00
4	BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))	(4)	00

JURAMENTO
Nosotros, los suscribientes, presidente (o vicepresidente u otro oficial principal) y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual se hace esta planilla de contribución sobre ingresos, cada uno por sí, bajo el más solemne juramento y so pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma (incluyendo anejos y estados que la acompañan), y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa, hecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.

Ricardo J. Guzman Gonzalez - Firma del presidente o vicepresidente - 11/mayo/2016
 Ricardo J. Guzman Gonzalez - Firma del tesorero o tesorero auxiliar - 11/mayo/2016
 Ricardo J. Guzman Gonzalez - Firma del agente - 11/mayo/2016

PARA USO DEL ESPECIALISTA SOLAMENTE
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo los anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepara esta planilla es con relación a la información recibida y esta puede ser verificada.

Nombre del especialista (Eltradado de) **CPA JOSE LUIS RENTAS ORTIZ** Num. de regim **14639** Fecha **05/05/2016** Marque si es especialista por cuenta propia

Nombre de la firma **RENTAS ACCOUNTING CPA** Dirección **URB LA VEGA, CALLE PRINCIPAL 203 B VILLALBA PR 00766** Código postal

Firma del especialista *[Signature]*

NOTA AL CONTRIBUYENTE
Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: SI No. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Parte I Determinación del Ingreso Neto (o Pérdida) de Operaciones		684897	00
1	Ventas netas de bienes o productos (Véanse instrucciones) ...		
	Menos: Costos de ventas o costos directos de producción		
2	Inventario al comienzo del año <input type="checkbox"/> 1 "C" <input type="checkbox"/> 2 "C" o "VM"	14254	00
3	Compra de materiales o mercadería	540423	00
4	Jornales directos		
5	Otros costos directos (De la Parte V línea 17)		
6	Costo de bienes disponibles para la venta (Suma líneas 2 a la 5)	554677	00
7	Menos: inventario al finalizar el año <input type="checkbox"/> 1 "C" <input type="checkbox"/> 2 "C" o "VM"	57455	00
8	Total de costos de ventas o costos directos de producción (Línea 6 menos línea 7)		
9	Ganancia bruta de la venta de bienes o productos (Línea 1 menos línea 8)	497222	00
10	Ingreso bruto generado en la venta de servicios		
11	Ganancia neta de capital (Anejo D Corporación Parte IV, línea 71)		
12	Ganancia neta (o pérdida) en la venta de propiedad que no sea activo de capital (Anejo D Corporación, Parte V, línea 22)		
13	Renta		
14	Intereses: (a) Sujetos a la tasa preferencial de 10% _____; (b) Otros 153		
15	Ingreso por comisiones		
16	Dividendos de corporaciones: (a) Domésticas _____; (b) Extranjeras _____		
17	Participación distributable en el ingreso neto de sociedades y sociedades especiales (Anejo R Corporación Parte II, línea 51)		
18	Participación distributable en el ingreso neto sujeto a tasas preferenciales proveniente de sociedades y sociedades especiales		
19	Beneficios tributables de agricultura (Anejo S Corporación, Parte I, línea 9)		
20	Ingreso neto derivado de las operaciones de una entidad financiera internacional que opera como una unidad de un banco		
21	Fianzas y pasajes		
22	Regalías		
23	Condonación de deudas (Someta Formulario 480.6A)		
24	Espectáculos públicos		
25	Otros pagos reportados en un Formulario 480.6A o 480.6B		
26	Ingresos misceláneos		
27	Total de ingresos (Suma líneas 9 a la 26)	187628	00
28	Menos: Cantidad exenta bajo Ley 135-2014 (véanse instrucciones)		
29	Total de ingreso después de la exención bajo la Ley 135-2014 (Línea 27 menos línea 28)	187628	00
30	Menos: Total de deducciones (De la Parte VI, línea 51)	189931	00
31	Ingreso neto (o pérdida) de operaciones (Línea 29 menos línea 30)	-2103	00

Parte II Determinación del Ingreso Neto (o Pérdida)			
32	Menos: Deducción por pérdida neta en las operaciones del año anterior (Someta Anejo G Corporación, línea 63) (60% de la línea 31)		
33	Ingreso neto (o pérdida)	-2103	00

Parte III Determinación del Ingreso Neto Sujeto a Contribución Normal y Contribución Adicional			
34	Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (Véanse instrucciones)		
35	Ingreso neto sujeto a contribución normal (Línea 33 menos línea 34)	-2103	00
36	Menos: Deducción para fines de la contribución adicional (Marque aquí si viene del Modelo SC 2852 <input type="checkbox"/>)	25000	00
37	Ingreso neto sujeto a contribución adicional (Línea 35 menos línea 36)		

Parte IV Cómputo de la Contribución			
38	Contribución normal (Multiplique la línea 35 por <input checked="" type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10%)		
39	Contribución adicional (Véanse instrucciones)		
40	Contribución Total (Suma líneas 38 y 39)		
41	Contribución Alternativa - Ganancias de Capital y Tasas Preferenciales (Anejo D1 Corporación, línea 9)		
42	Contribución determinada antes del crédito por contribuciones pagadas a los Estados Unidos, sus posesiones y países extranjeros (Línea 40 o 41 la que sea menor, siempre que la línea 41 sea mayor de cero)		
43	Crédito por contribuciones pagadas a los Estados Unidos, sus posesiones y países extranjeros (Anejo C Corporación, Parte II, línea 6(b))		
44	Contribución determinada antes de contribución alternativa mínima (Línea 42 menos línea 43)		
45	Contribución alternativa mínima en exceso de la contribución regular (Anejo A Corporación, Parte VI, línea 41)		
46	Responsabilidad contributiva antes de créditos contributivos (Suma líneas 44 y 45)		
47	Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Corporación Parte I, línea 3)		
48	Crédito por contribución alternativa mínima pagada en años anteriores (Anejo A Corporación, Parte VI, línea 4)		
49	Créditos contributivos (Anejo B Corporación Parte II, línea 26)		
50	Responsabilidad contributiva antes del monto equivalente a dividendo o distribución de beneficios y de la contribución sobre dividendo implícito (Suma línea 46 y 47 menos líneas 48 y 49)		
51	Contribución sobre monto equivalente a dividendo o distribución de beneficios (Modelo SC 2879, Contribución sobre Monto Equivalente a Dividendo, línea 11)		
52	Contribución sobre dividendo implícito (Véanse instrucciones) (Modelo 2877 Contribución sobre Dividendo Implícito, línea 11)		
53	Responsabilidad Contributiva Total (Suma líneas 50 a la 52)		
54	Menos: Otros Pagos y Retenciones (Anejo B Corporación, Parte III, línea 12)		
55	Total no pagado de la contribución (Si la línea 54 es menor que la línea 53, anote la diferencia aquí, de lo contrario en la línea 53)		
56	Exceso de contribución pagada o retenida (Véanse instrucciones)		
57	Adición a la Contribución por Falta de Pago de la Contribución Estimada (Anejo T Corporación, Parte II, línea 21)		
58	BALANCE: • Si línea 56 es mayor que la suma de líneas 55 y 57, usted tiene un sobrepago. Anote diferencia aquí y en línea 1 de página 1 • Si línea 56 es menor que la suma de líneas 55 y 57, usted tiene un balance pendiente de pago. Anote diferencia aquí y en línea 2 de la página 1 • Si diferencia entre línea 56 y la suma de líneas 55 y 57 es igual a cero, anote cero aquí y pase a firmar su planilla en la página 1		

Parte V Otros Costos Directos		Importe	Parte I		Importe
Partida	26		Partida		00.
1. Jornales, sueldos y bonificaciones	1)	00	1. Renta	1)	00
2. Seguro social federal (FICA)	2)	00	12. Limpieza, mantenimiento y recogida de desperdicios	12)	00
3. Seguro de desempleo	3)	00	13. Gastos de empaque de productos	13)	00
4. Primas Fondo Seguro del Estado	4)	00	14. Gastos de comida pagados a empleados de producción (Total \$ _____)	14)	00
5. Seguro médico o de hospitalización	5)	00	15. Depreciación (Someta Anexo E)	15)	00
6. Otros seguros	6)	00	16. Otros gastos (Someta Anexo E)	16)	00
7. Arbitrios / Impuesto sobre Uso	7)	00	17. Total otros costos directos (Suma líneas 1 a la 16. Igual a la Parte I, línea 5)	17)	00
8. Impuesto sobre ventas y uso en importaciones	8)	00			
9. Reparaciones	9)	00			
10. Luz y agua	10)	00			

Parte VI Deducciones		Importe
Partida		00.
1. Compensación a directores (Véanse instrucciones Parte X)	1)	00
2. Compensación a oficiales (Véanse instrucciones Parte XI)	2)	00
3. Sueldos, comisiones y bonificaciones a empleados (Véanse instrucciones)	3)	73028 00
4. Comisiones a negocios	4)	00
5. Seguro social federal (FICA)	5)	5658 00
6. Seguro de desempleo	6)	1552 00
7. Primas Fondo Seguro del Estado	7)	2824 00
8. Seguro médico o de hospitalización	8)	473 00
9. Seguros	9)	18852 00
10. Intereses pagados en arrendamiento financiero de automóviles (Someta Formulario 480.7D)	10)	00
11. Intereses hipotecarios (Someta Formulario 480.7A)	11)	00
12. Otros intereses (Véanse instrucciones)	12)	00
13. Renta de propiedad mueble tangible	13)	00
14. Renta de propiedad inmueble	14)	00
15. Contribución sobre propiedad: (a) Mueble <u>1227</u> (b) inmueble _____	15)	1227 00
16. Otras contribuciones, patentes y licencias (No incluya impuesto sobre ventas y uso. Véanse instrucciones)	16)	3163 00
17. Impuesto sobre ventas y uso (Véanse instrucciones)	17)	16139 00
18. Pérdidas ocasionadas por fuego, huracán, otros siniestros o por robo (Véanse instrucciones)	18)	00
19. Gastos de automóviles (Millaje _____) (Véanse instrucciones)	19)	4036 00
20. Gastos de otros vehículos de motor (Véanse instrucciones)	20)	00
21. Gastos de comida y entretenimiento (Total _____) (Véanse instrucciones)	21)	00
22. Gastos de viajes	22)	18833 00
23. Servicios profesionales	23)	00
24. Aportaciones a planes de pensiones u otros planes calificadas (Véanse instrucciones. Someta Modelo SC-6042)	24)	4125 00
25. Depreciación y amortización (Véanse instrucciones. Someta Anexo E)	25)	00
26. Deudas incobrables (Véanse instrucciones)	26)	243 00
27. Reparaciones (Véanse instrucciones)	27)	00
28. Regalías	28)	00
29. Cargos de administración	29)	00
30. Deducción a patronos que emplean personas impedidas (Véanse instrucciones)	30)	00
31. Aportaciones a cuentas de aportación educativa para los beneficiarios de sus empleados (Véanse instrucciones)	31)	00
32. Gastos en propiedades arrendadas a la Compañía de Fomento Industrial de Puerto Rico o al almacén de la Compañía de Comercio y Exportación (Véanse instrucciones)	32)	00
33. Gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas fuera de Puerto Rico (Véanse instrucciones) (Total \$ _____)	33)	00
34. Deducción por gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas, totalmente deducibles (Véanse instrucciones)	34)	18511 00
35. Servicios públicos (agua, luz, teléfono, internet, etc.)	35)	16 00
36. Limpieza, mantenimiento y recogida de desperdicios	36)	13080 00
37. Cargos bancarios	37)	00
38. Gastos de publicidad y mercados (Anuncios)	38)	8071 00
39. Materiales y efectos de oficina	39)	00
40. Seminarios, adiestramientos y gastos de educación continua para empleados	40)	00
41. Servicios de seguridad	41)	00
42. Servicios de cobro de cuentas	42)	00
43. Servicios subcontratados	43)	00
44. Gastos incurridos o pagados por concepto de servicios recibidos de personas no dedicadas a industria o negocio en Puerto Rico	44)	00
45. Gasto por concepto de cuotas, suscripciones y membresías	45)	00
46. Gastos relacionados con licencias y programas de computadores no capitalizables (Véase instrucciones)	46)	00
47. Otras deducciones (Véanse instrucciones)	47)	189931 00
48. Subtotal de deducciones (Suma líneas 1 a la 47)	48)	00
49. Donativos (Véanse instrucciones)	49)	00
50. Deducción bajo la Ley 185-2014 (Véanse instrucciones)	50)	189931 00
51. Total de deducciones (Suma líneas 48 a la 50. Traslada a la Parte I, línea 30)	51)	00

Parte VII		Corporación - Estado de Situación Comparado		Al comenzar el año		Al terminar el año	
		Total		Total		Total	
Activos							
1	Efectivo en caja y bancos		56				-528
2	Cuentas a cobrar	125935			60311		60311
3	Menos. Reserva para cuentas incobrables		125935				57455
4	Inventarios		14254				
5	Otros activos corrientes						
6	Obligaciones a cobrar						
7	Inversiones						
8	Activos depreciables	525081			525081		
9	Menos. Reserva para depreciación	182745		342336	186870		338211
10	Préstamos por cobrar de accionistas o entidades relacionadas						
11	Terrenos						87702
12	Otros activos a largo plazo		18258				
13	Total de Activos		500839				543151
Pasivos y Capital							
Pasivos							
14	Cuentas a pagar	72769			164139		
15	Gastos incurridos y no pagados	742					
16	Otros pasivos corrientes						
17	Obligaciones a pagar a largo plazo				6349		
18	Obligaciones a pagar a accionistas o entidades relacionadas	25695			58386		
19	Otras obligaciones a largo plazo	66995		166201			228874
20	Total de Pasivos						
Capital							
21	Capital en acciones				274612		
(a)	Acciones preferidas	274612					
(b)	Acciones comunes						
22	Sobranje de capital						
23	Ganancias retenidas				39665		
24	Reserva	60028					
25	Total de Capital		334638				314277
	Total Pasivos y Capital		500839				543151

Parte VIII		Reconciliación del Ingreso Neto (o Pérdida) según Libros con el Ingreso Neto Tributable (o Pérdida) según Planilla	
1	Ingreso neto (o pérdida) según libros	-2103	
2	Contribución sobre ingresos según libros		
3	Exceso de pérdidas de capital sobre ganancias de capital		
4	Ingreso tributable no registrado en los libros este año (Detalle, use anejo si es necesario)		
(a)			
(b)			
(c)			
(d)			
(e)			
(f)			
	Total		
5	Gastos registrados en los libros este año no reclamados en esta planilla (Detalle, use anejos si es necesario)		
(a)	Comida y entretenimiento (porción no deducible)		
(b)	Depreciación		
(c)	Embarcaciones, aeronaves y propiedad localizada fuera de P. R.		
(d)	Gastos incurridos o pagados a accionistas, personas o entidades relacionadas (porción no deducible)		
(e)			
(f)			
(g)			
(h)			
(i)			
(j)			
	Total		
6	Total (Suma líneas 1 a la 6)	-2103	
7	Ingreso registrado en los libros este año no incluido en esta planilla (Detalle, use anejo si es necesario)		
(a)	Ingresos exentos (Anejo I Corp., Parte I, línea 19)		
(b)	Ingresos excluidos (Anejo I Corp., Parte I, línea 6)		
(c)			
(d)			
(e)			
(f)			
(g)			
	Total		
8	Deducciones en esta planilla no llevadas contra el ingreso en los libros este año (Detalle, use anejo si es necesario)		
(a)	Depreciación		
(b)			
(c)			
(d)			
(e)			
(f)			
(g)			
(h)			
(i)			
	Total		
9	Total (Suma líneas 7 y 8)		
10	Ingreso neto tributable (o pérdida) según planilla (Línea 6 menos línea 9)		-2103

Parte IX Análisis del Sobrante según Libros			
1	Balance al comenzar el año	(1)	60026
2	Ingresos netos según libros	(3)	-2103
3	Otros aumentos (Detalla, use anejo si es necesario)	(4)	
4	Total (Suma líneas 1, 2 y 3)	(5)	57923
5	Distribuciones:		
	(a) Efectivo	(5a)	
	(b) Propiedad	(5b)	
	(c) Acciones	(5c)	
5	Otras rebajas (Use anejos, si es necesario)	(6)	18258
7	Total (Suma líneas 5 y 6)	(7)	18258
8	Balance al finalizar el año (Línea 4 menos línea 7)	(8)	39665

Parte X Compensación a Directores					
Nombre del oficial	Número de seguro social	Porcentaje del tiempo dedicado a industria o negocio	Porcentaje de las acciones poseídas		Compensación
			Comunas	Preferidas	
					00
					00
					00
					00
					00
Total de compensación a directores (Traslade a la Parte VI, línea 1)					

Parte XI Compensación a Oficiales					
Nombre del oficial	Número de seguro social	Porcentaje del tiempo dedicado a industria o negocio	Porcentaje de las acciones poseídas		Compensación
			Comunas	Preferidas	
RICARDO GUZMAN		100			00
					00
					00
					00
					00
Total de compensación a oficiales (Traslade a la Parte VI, línea 2)					

Parte XII Cuestionario		SI	NO	SI	NO
1	Si es una corporación extranjera, indique si la industria o negocio operó como australiá		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Si es una sucursal, indique el por ciento que representa el ingreso de fuentes de Puerto Rico del total de ingreso de la corporación		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
3	¿Mantuvo la corporación durante este año parte de sus récords en un sistema computadorizado?	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
4	Los libros de la corporación están a cargo de: Nombre: <u>JOSE L. RENTAS ORTIZ</u> Dirección: <u>CALLE PRINCIPAL 203</u> <u>VILLALBA, PR 00766</u> Correo electrónico (E-mail): <u>rentaslrma@yahoo.com</u> Teléfono: <u>(787) 847-7248</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Indique el método de contabilidad utilizado en los libros para propósitos contributivos. <input checked="" type="checkbox"/> Recibido y Pagado <input type="checkbox"/> Acumulación <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
6	¿Rindió la corporación los siguientes documentos? (a) Declaración Informativa (Formularios 480.5, 480.6A, 480.6B) (b) Comprobante de Retención (Formulario 499R-20W 2PR)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Si el ingreso bruto de la entidad o del grupo controlado excede de \$3,000,000 ¿Sometió estados financieros auditados por un CPA con licencia de Puerto Rico?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Número de empleados durante el año: <u>7</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Reclamó la corporación gastos relacionados con la titularidad, uso, mantenimiento y depreciación de: (a) Automóviles? (b) Embarcaciones? (1) ¿Derivó más del 80% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la pesca o transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento? (c) Aeronaves? (1) ¿Derivó más del 10% de la totalidad de los ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con la transportación de pasajeros o de carga o arrendamiento? (d) Propiedad residencial fuera de Puerto Rico? (1) ¿Derivó más del 50% de la totalidad de sus ingresos de actividades relacionadas exclusivamente con el alquiler de propiedades a personas no relacionadas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	¿Reclamó la corporación gastos relacionados con: (a) Alojamiento? (excepto empleados del negocio) (b) Empleados que asistieron a convenciones fuera de Puerto Rico o los Estados Unidos?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
11	¿Distribuyó la corporación, durante el año contributivo, dividendos que no fueran en acciones o en liquidación en exceso de la ganancia corriente y acumulada? Si contestó "SI", indique la cantidad		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
12	¿Es la corporación socio de una sociedad especial o sociedad? (Si es más de una, someta detalle) Nombre de la Sociedad Especial o Sociedad: Número de identificación patronal:		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
13	¿Recibió ingresos exentos? (Someta Anejo IE Corporación)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
14	Añote la cantidad correspondiente de bonosivos a municipios de la cantidad incluida en la Parte V, línea 49: <u>100</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Indique si pagó primas a aseguradoras no autorizadas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Número de patrono otorgado por el Departamento de Trabajo y Recursos Humanos: <u>3071880007</u>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Número de accionistas: (a) ¿Es alguno de los accionistas de la corporación un individuo no residente o corporación extranjera? (1) Indique el por ciento de participación del total de accionistas no residentes o corporaciones extranjeras: % (2) Indique el país de procedencia del accionista extranjero:		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
18	¿Incurrió o pagó gastos a accionistas, personas o entidades relacionadas fuera de Puerto Rico? (a) ¿Obluvo determinación administrativa para tener derecho a la totalidad de la deducción?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
19	¿Reclamó la corporación gastos relacionados con servicios provistos por no residentes de Puerto Rico? (a) ¿Pagó el impuesto sobre ventas y uso correspondiente? (b) ¿Pagó el impuesto sobre ventas y uso correspondiente?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
20	¿Reclamó la corporación gastos de depreciación por propiedad mueble tangible adquirida fuera de Puerto Rico? (a) ¿Pagó el impuesto sobre ventas y uso correspondiente?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
21	¿Pagó la corporación dividendo múltiplo durante el año anterior? Si contestó "SI", indique la cantidad		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

Anejo A Corporación Rev. 12-15	CONTRIBUCION ALTERNATIVA MINIMA Año comienza en comercio el 01 de Ene. de 15 y termina el 31 de Dic. de 15	2015 Número de identificación Patrona 66-0604069
Nombre del contribuyente OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.		
Parte I Ajustes en el Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes en los Libros y Pérdidas de Operaciones		
1	a. Ingreso neto (o pérdida) sujeto a contribución normal (De la Parte I línea 31 de la planilla) b. Menos: Ingresos sujetos a tasas preferenciales que haya optado por tributar a la tasa preferencial correspondiente (Anejo D1 Corporación, línea 2(f)) c. Menos: Dividendos o beneficios recibidos de corporaciones domésticas (De la Parte III, línea 34 de la planilla) d. Ingreso neto (o pérdida) sujeto a contribución normal sin considerar la pérdida neta en operaciones de años anteriores y excluyendo los ingresos sujetos a tasas preferenciales que haya optado por tributar a la tasa preferencial correspondiente (Línea 1(a) menos líneas 1(b) y 1(c))	(1a) -2103.00 (1b) 00.00 (1c) 00.00 (1d) -2103.00
2	Ajustes: a. Depreciación flexible b. Ventas a plazos c. Contrato a largo plazo d. Gastos relacionados con intereses exentos e. Depreciación acelerada f. Total de ajustes (Suma líneas 2(a) a la 2(e))	(2a) 00.00 (2b) 00.00 (2c) 00.00 (2d) 00.00 (2e) 00.00 (2f) -2103.00
3. Ingreso neto (o pérdida) alternativo mínimo antes de ajustes de la Parte I y la pérdida de operaciones (Suma líneas 1(d) y 2(f))		3 -2103.00
Parte II Ajuste por el Exceso del Ingreso Neto Ajustado según Libros sobre el Ingreso Neto Alternativo Mínimo Antes de Ajustes		
4	Ingreso neto (o pérdida) según libros	(4) -2103.00
5	Ajuste por amortización de plusvalía	(5) 00.00
6	Contribuciones sobre ingresos consideradas en los libros	(6) 00.00
7	Suma las líneas 4, 5 y 6	(7) -2103.00
8	Ingreso de intereses exentos neto de gastos relacionados	(8) 00.00
9	Dividendos y distribuciones de beneficios recibidos de corporaciones o sociedades domésticas, de ingresos de fomento industrial o de desarrollo turístico	(9) 00.00
10	Ingreso (o pérdida) de fomento industrial, ingreso exento de desarrollo turístico, ingreso de negocio agrícola bona fide o ingreso de renta bajo la Ley 132-2010	(10) 00.00
11	Ingreso (o pérdida) reconocido según el método de equidad	(11) 00.00
12	Reserva para pérdidas catastróficas	(12) 00.00
13	Ingresos sujetos a tasas preferenciales que haya optado por tributar a la tasa preferencial correspondiente (De la Parte I, línea 1(b)) (Véanse instrucciones)	(13) 00.00
14	Suma líneas 8 a la 13	(14) 00.00
15	Línea 7 menos línea 14	(15) 00.00
16	Línea 15 menos línea 3. Si la línea 3 es mayor que la línea 15, anote cero	(16) 00.00
17	Ajuste por el exceso del ingreso neto ajustado según libros sobre el ingreso neto alternativo mínimo de la línea 3 (Multiplique la línea 16 por 60%)	(17) 00.00
Parte III Cómputo del Ingreso Neto Alternativo Mínimo		
18	Ingreso neto alternativo mínimo antes de pérdida neta en operaciones (Suma líneas 3 y 17)	(18) 00.00
19	Pérdida neta en operaciones de años anteriores para la determinación de la contribución alternativa mínima (No puede exceder del 70% de la línea 18) (Del Anejo G Corporación, Parte II, línea 13. Someta Anejo G Corporación) (Véanse instrucciones)	(19) 00.00
20	Línea 18 menos línea 19 (Anote aquí la diferencia, pero no menos del 70% de la línea 18)	(20) 00.00
21	Cantidad exenta (Véanse instrucciones)	(21) 00.00
22	Ingreso neto alternativo mínimo (Línea 20 menos línea 21)	(22) 00.00
Parte IV Cómputo de la Contribución Mínima Tentativa y del Crédito Alternativo Mínimo por Contribuciones Pagadas al Extranjero		
23	Contribución mínima tentativa antes del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Multiplique la línea 22 por 30%)	(23) 00.00
24	Ingreso neto alternativo mínimo antes de la deducción por pérdida neta en operaciones (Línea 18)	(24) 00.00
25	Cantidad exenta permisible sin considerar la pérdida neta en operaciones (Véanse instrucciones)	(25) 00.00
26	Línea 24 menos línea 25	(26) 00.00
27	Multiplique la línea 26 por 30%	(27) 00.00
28	Multiplique la línea 27 por 10%	(28) 00.00
29	Límite del crédito (Línea 23 menos línea 28)	(29) 00.00
30	Crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Esta cantidad no podrá exceder la cantidad en la línea 29 véanse instrucciones)	(30) 00.00
31	Contribución mínima tentativa neta del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 23 menos línea 30. Traslade a la Parte VI, línea 37)	(31) 00.00

Rev. 12.15 OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC. 680-60-4069

Parte V Cómputo de Gastos Pagados a una Persona Relacionada y Compras de Propiedad Mueble de una Persona Relacionada		
32. Gastos incurridos o pagados a una persona relacionada y transferencia de costos o asignación de gastos de una oficina principal ("Home Office") localizada fuera de Puerto Rico a una sucursal ("Branch") dedicada a la industria o negocio en Puerto Rico (Esta cantidad proviene de la línea de Total de la Parte VI, línea 35 de la planilla).....	(32)	00
33. Multiplique la línea 32 por 20%.....	(33)	00
34. Compras de propiedad mueble de una persona relacionada y transferencia de propiedad mueble de una oficina principal ("Home Office") localizada fuera de Puerto Rico a una sucursal ("Branch") dedicada a la industria o negocio en Puerto Rico.....	(34)	00
35. Multiplique la línea 34 por el porcentaje que aplique _____% (Véanse instrucciones).....	(35)	00
36. Total de gastos pagados a una persona relacionada y compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Suma líneas 33 y 35).....	(36)	00

Parte VI Cómputo de la Contribución Alternativa Mínima		
37. Contribución mínima tentativa después del crédito alternativo mínimo por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 31 de la Parte IV).....	(37)	00
38. Total de gastos pagados a una persona relacionada y compras de propiedad mueble de una persona relacionada (Línea 36 de la Parte V).....	(38)	00
39. Contribución mínima tentativa (Añote la mayor entre líneas 37 y 38).....	(39)	00
40. Contribución total neta del crédito por contribuciones pagadas al extranjero (Línea 40 menos línea 43 de la Parte IV, página 2 de la planilla).....	(40)	00
41. Contribución alternativa mínima (Línea 39 menos línea 40. Si la línea 40 excede la línea 39, anote cero, de lo contrario, anote la diferencia en el Formulario 480.2, página 2, Parte IV, línea 45).....	(41)	00

Parte VII Cómputo del Crédito de Contribución Alternativa Mínima		
1. Exceso de la contribución regular sobre la contribución alternativa mínima para el año corriente (Línea 40 menos línea 39 de la Parte VI. Si la línea 39 excede la línea 40, anote cero).....	(1)	00
2. Multiplique la línea 1 por 25% y añote el resultado aquí.....	(2)	00
3. Cantidad de contribución alternativa mínima pagada en años anteriores y no reclamada como crédito (Parte VIII, línea 11).....	(3)	00
4. Cantidad del crédito a reclamar (Añote lo menor entre la línea 2 o 3. Traslade a la línea 48, Parte IV de la planilla).....	(4)	00

Parte VIII Determinación de la Cantidad de Contribución Alternativa Mínima Pagada en Años Anteriores No Reclamada como Crédito			
Año Contributivo (Día / Mes / Año)	(A) Contribución Alternativa Mínima Pagada en Exceso de la Contribución Regular	(B) Cantidad Utilizada como Crédito en Años Anteriores	(C) Balance
1	00	00	00
2	00	00	00
3	00	00	00
4	00	00	00
5	00	00	00
6	00	00	00
7	00	00	00
8	00	00	00
9	00	00	00
10	00	00	00
11. Total (Traslade a la Parte VII, línea 3 de este Anejo)		(11)	00

Anejo E <small>Rev. 11-10</small>	DEPRECIACIÓN	2015
Año con hitos: comenzó el <u>01</u> de <u>Ene</u> de <u>15</u> y terminó el <u>31</u> de <u>Dic</u> de <u>15</u>		Número de Seguro Social o Identificación Patronal 66-0604069
Nombre del contribuyente OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.		
1. Clase de propiedad (en caso de edificaciones, indique el tipo de material utilizado en la construcción).	2. Fecha de adquisición.	3. Costo u otra base (excluya el costo del terreno). En el caso de automóviles, la base no debe exceder de \$30,000 por vehículo.
		4. Depreciación reclamada en años anteriores.
		5. Estimado de vida usado para computar depreciación.
		6. Depreciación reclamada este año. 37
(a) Depreciación Comente		
EDIFICIO	12/12/2003	206283
		41253
		50
		4125
Total		41253
(b) Depreciación Flexible		
Total		
(c) Depreciación Acelerada		
5		
3		
50		
Total		
(d) Amortización (ej. Goodwill)		
Total		
(e) Automóviles (Véanse instrucciones)		
Total		
(f) Vehículos bajo arrendamiento financiero (Formulario 480.7D) (Cantidad de vehículos _____) (01) _____ (02)		
TOTAL: (Sume el Total de líneas (a) a la (f) de la Columna 6. Traslade a los Anejos K, L, M y N Individuo, según aplique, o a la línea correspondiente de otras planillas)		4125

Anejo G Corporación

Rev. 12-5

DETALLE DE PÉRDIDAS NETAS EN OPERACIONES INCURRIDAS EN AÑOS ANTERIORES

2015

Año contributivo comenzado el 01 de Ene de 15 y terminado el 31 de Dic de 15

Nombre del contribuyente

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.

Número de Identificación Patronal

66-0604069

Parte I Detalle de las Pérdidas Netas en Operaciones para Propósitos de la Contribución Regular

	(A) Pérdida incurrida según planilla	(B) Ajustes bajo la Sección 1033.14 (Véanse instrucciones)	(C) Total de pérdida arrastrable (Columna A menos Columna B)	(D) Cantidad utilizada en años anteriores	(E) Cantidad disponible (Columna C menos Columna D)	Fecha de expiración (Día / Mes / Año)
1	31/12/2014	12048.00	12048.00	00.00	12048.00	31/12/2024
2		00.00	00.00	00.00	00.00	
3		00.00	00.00	00.00	00.00	
4		00.00	00.00	00.00	00.00	
5		00.00	00.00	00.00	00.00	
6		00.00	00.00	00.00	00.00	
7		00.00	00.00	00.00	00.00	
8		00.00	00.00	00.00	00.00	
9		00.00	00.00	00.00	00.00	
10		00.00	00.00	00.00	00.00	
11		00.00	00.00	00.00	00.00	
12		00.00	00.00	00.00	00.00	
13. Total (Traslade el total de la Columna E a la línea 32, Parte II de la planilla) (13)		12048.00	12048.00	00.00	12048.00	

Parte II Detalle de las Pérdidas Netas en Operaciones para Propósitos de la Contribución Alternativa Mínima

	(A) Pérdida incurrida según planilla	(B) Ajustes bajo la Sección 1033.14 (Véanse instrucciones)	(C) Total de pérdida arrastrable (Columna A menos Columna B)	(D) Cantidad utilizada en años anteriores	(E) Cantidad disponible (Columna C menos Columna D)	Fecha de expiración (Día / Mes / Año)
1	31/12/2014	12048.00	12048.00	00.00	12048.00	31/12/2024
2		00.00	00.00	00.00	00.00	
3		00.00	00.00	00.00	00.00	
4		00.00	00.00	00.00	00.00	
5		00.00	00.00	00.00	00.00	
6		00.00	00.00	00.00	00.00	
7		00.00	00.00	00.00	00.00	
8		00.00	00.00	00.00	00.00	
9		00.00	00.00	00.00	00.00	
10		00.00	00.00	00.00	00.00	
11		00.00	00.00	00.00	00.00	
12		00.00	00.00	00.00	00.00	
13. Total (Traslade el total de la Columna E al Anejo A Corporación Parte III, línea (19) ... (13))		12048.00	12048.00	00.00	12048.00	



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Hacienda

**Solicitud de Prórroga para Rendir la
Planilla de Contribución sobre Ingresos**

Confirmación de Radicación Electrónica

Request for Extension of Time to File the
Income Tax Return

Confirmation of Electronic Filing

Año Contributivo 2015
Tax Year 2015

Nombre del Contribuyente
Taxpayer's Name

OFFICE EXPRESS SUPPLY

Número de Seguro Social o Identificación Patronal ...
Taxpayer's Social Security Number

660-60-4069

Número de Confirmación
Confirmation Number

032320160832FC30427100604

Fecha y Hora de Radicación
Date and Time of Filing

23-03-2016 9:43:57 AM

Fecha de Pago
Payment Date

Cantidad Pagada con esta Solicitud
Amount Paid with this Request

\$0.00



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury

R

Liquidador

Revisor

SOLICITUD DE PRÓRROGA PARA RENDIR LA PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS
Request for Extension of Time to File the Income Tax Return

Año comienza el 1 de Enero de 2015 y termina el 31 de Diciembre de 2015
Year beginning on Jan. 1 of 2015 and ending on Dec. 31 of 2015

Tipo de Prórroga - Type of Extension

Prórroga Automática - Automatic Extension

Prórroga Adicional - Additional Extension

Saldo de Pago



Parte - Part I Información del Contribuyente - Taxpayer Information

Número de Seguro Social - Social Security Number

Número de Identificación Patronal - Employer Identification Number

660-60-4069

Nombre del Individuo - Individual's First Name

Apellido Paterno - Last Name

Apellido Materno - Surname - Last Name

Nombre de la Corporación, Sociedad, Sucesión o Fideicomiso - Name of the Corporation, Partnership, Estate or Trust

OFFICE EXPRESS SUPPLY

Dirección Postal - Postal Address: 4 CALLE MUNOZ RIVERA APT C

VILLALBA PR Código Postal - Zip Code: 00766-3027

Código Municipal - Municipal Code

Número de recibos - Number of returns: 1

Importe: \$0.00

Ocupación / Negocio - Occupation / Business: 4529

Teléfono Residencia - Residential Telephone

Teléfono Oficina - Office Telephone: 787-847-7583

Dirección de correo electrónico - E-mail address: rentasima@yahoo.com

Parte - Part II Ingresos (Aplica a prórroga automática y adicional) - Income (Applies to automatic and additional extension of time)

1. Ingreso según Comprobante de Retención o Ingreso Estimado Income as per Withholding Statement or Estimated Income	0
2. Otros Ingresos Other Income	0
3. Total de Ingreso Bruto Sujeto a Contribución Total Gross Income Subject to Tax	0

Parte - Part III Importe incluido con esta Solicitud (Aplica solo a prórroga automática) - Amount included with this Request (Applies only to automatic extension of time)

1. Cantidad pagada con esta solicitud aplicable al total no pagado de la contribución (responsabilidad contributiva total) Amount paid with this request applicable to the total of tax due (total tax liability)	0
2. Cantidad pagada con esta solicitud aplicable a la Contribución Adicional Especial (Anejo N Incentivos) Amount paid with this request applicable to the Special Surtax (Schedule N Incentives) ... (CIFRA DE INGRESO 0215)	0
3. Cantidad pagada con esta solicitud aplicable al Prepago del Impuesto sobre Repatriación (Formulario 480.3(I)) (Anejo N Incentivos, Parte V) - Amount paid with this request applicable to the Prepayment of Target Tax (Form 480.3(I)) (Schedule N Incentives, Part V) ... (CIFRA DE INGRESO 0242)	0

Juramento - Oath

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información aquí suministrada y que según mi mejor información y creencia la misma es cierta, correcta y completa.
I hereby declare under penalty of perjury, that I have examined the information herein and to the best of my knowledge and belief it is true, correct and complete.

OFFICE EXPRESS SUPPLY

Título (Aplica si el contribuyente no es un individuo)
Title (Applies if the taxpayer is not an individual)

Nombre del contribuyente o representante autorizado
Taxpayer's or duly authorized agent's name

23-03-2016

Firmada Electrónicamente

Fecha - Date

Firma
Signature

Dirección del representante autorizado - Duly authorized agent's address

Teléfono - Telephone

<input type="checkbox"/>	1. Individuo - Individual	<input type="checkbox"/>	2. Sucesión - Estate	<input type="checkbox"/>	3. Fideicomiso - Trust	
<input checked="" type="checkbox"/>	4. Corporación - Corporation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9. Sociedad Especial - Special Partnership	
<input type="checkbox"/>	5. Corporación bajo el Programa de Incentivos Contributivos de Puerto Rico - Corporation under the Puerto Rico Tax Incentives Program	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	10. Organización Sin Fines de Lucro - Not for Profit Organization	3 meses months
<input type="checkbox"/>	6. Corporación Especial Propiedad de Trabajadores - Employee-Owned Special Corporation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	11. Compañía inscrita de Inversión - Registered Investment Company	
<input type="checkbox"/>	7. Corporación de Individuos - Corporation of Individuals	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	12. Fideicomiso para Beneficio del Fideicomitente - Grantor Trust	
<input type="checkbox"/>	8. Sociedad - Partnership	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	13. Corporación extranjera que no tiene oficina en Puerto Rico - Foreign corporation that does not have an office in Puerto Rico	

14. Marque aquí si es socio en una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal (Véanse instrucciones) / Check here if you are a partner of a partnership subject to tax under the Federal Internal Revenue Code (See instructions) 6 meses
months

15. Fideicomiso de Empleados - Employee Trust Quinceavo (15) día del décimo mes siguiente al cierre del año contributivo / Fifteenth (15) day of the tenth month following the close of the taxable year

16. Persona sujeta a Ley 154-2010 - Person subject to Act 154-2010 3 meses
months

a. Corporación - Corporation b. Individuo - Individual c. Sociedad - Partnership d. Sociedad a nombre de sus socios - Partnership on behalf of partners

17. Otros Contribuyentes - Other Taxpayers 3 meses
months

a. Formulario 482(C) - Form 482(C) b. Formulario 480-1(SU) - Form 480-1(SU) c. Formulario 480-2(A) - Form 480-2(A)

Parte - Part V Solicitud de Prórroga Adicional (Véanse instrucciones) - Request for Additional Extension of Time (See instructions)

A. Si se encuentra fuera de Puerto Rico - If taxpayer is outside of Puerto Rico 3 meses
months

Clase de contribuyente - Type of taxpayer 1. Individuo - Individual 2. Sucesión - Estate 3. Fideicomiso - Trust

Para Uso Interno / For Internal Use A D

B. Socios sujetos a Ley 154-2010 - Partners subject to Act 154-2010 1 mes
month

1. Corporación - Corporation 2. Individuo - Individual

ESTA PRÓRROGA NO EXTIENDE EL PAGO DE LA CONTRIBUCIÓN O CUALQUIER PLAZO DE LA MISMA, POR LO QUE CUALQUIER BALANCE PENDIENTE DE PAGO GENERARÁ INTERESES Y RÉCARGOS DESDE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PLANILLA. ES IMPORTANTE QUE COMPLETE TODOS LOS ENCASILLADOS.
THIS EXTENSION DOES NOT EXTEND THE TIME FOR THE TAX PAYMENT OR ANY INSTALLMENT THEREOF. THEREFORE, ANY BALANCE DUE WILL GENERATE INTERESTS AND SURCHARGES FROM THE DUE DATE OF THE RETURN. IT IS IMPORTANT THAT YOU COMPLETE ALL BOXES.

Conservación: Diez (10) años - Retention: Ten (10) years

Número de Confirmación: 032320180832FC30427100604

PRÓRROGA

Formulario 941-PR para 2012: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

(Rev. febrero de 2012) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0020

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)

Informe para este trimestre de 2012.
(Marque uno).

1: enero, febrero, marzo

2: abril, mayo, junio

3: julio, agosto, septiembre

4: octubre, noviembre, diciembre

Formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/form941pr.

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

Parte 1: Conteste las preguntas a continuación 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), 12 de junio (2º trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4º trimestre) **1**

2 _____

3 _____

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

5a Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social *Columna 1* x .104 = *Columna 2*

5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social x .104 =

5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare x .029 =

5d Suma las líneas 5a + 5b + 5c de la Columna 2 **5d**

5e Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(c): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones) **5e**

6 Total de contribuciones antes de ajustes. (Suma las líneas 5d + 5e) **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. Combina las líneas 6 a 9 **10**

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 del Formulario 944-X (PR). **11**

12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones) **12a**

12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA

13 Suma 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

Marque uno Aplíquese a la próxima planilla.
 Envíe un centavo.
Página siguiente ➡

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

Nombre del dueño o jefe de su negocio	Número de identificación patronal (EIN)
---------------------------------------	-----------------------------------------

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 bimensual, 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 bimensual, 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	<input type="text"/>	■	
	Mes 2	<input type="text"/>	■	
	Mes 3	<input type="text"/>	■	
	Total para el trimestre	<input type="text"/>	■	El total tiene que ser igual a la línea 10.

Era depositante de itinerario bimensual durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B del Formulario 941-PR: Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bimensual, 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

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 aquí si usted trabaja por cuenta propia

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)

TAXPAYER NAME OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

TIN xxxxx4069

Payment History

Your 30 Day payment history is displayed at the bottom of this page

PLEASE NOTE

- Only payments or scheduled transactions made through EFTPS will be reflected in the payment history. No IRS adjustments will be displayed
- There may also be a delay before EFTPS payments are available in the official IRS records.

*PAGO
04-2012
EVIDENCIA*

Search Results

Settlement Date	Initiation Date	Tax Form	Tax Period	Amount	Status
EFT Acknowledgment Number: 270272174319332					
2012-11-16	2012-11-15	941	12/2012	936.72	Scheduled
EFT Acknowledgment Number: 270269713870324					
2012-10-23	2012-10-22	941	09/2012	1 006 16	Settled

Formulario **940-PR para 2012:**

Planilla para la Declaración Federal Anual del Patrono de la Contribución Federal para el Desempleo (FUTA)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0039

Número de Identificación Patronal (EIN) -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número Calle Número de oficina o de instalación

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Clase de planilla
(Marque todas las que se apliquen).

a. Enmendada

b. Patrono sucesor

c. Ningún pago hecho a los empleados en 2012

d. Final: Se cerró el negocio o dejó de pagar salarios

Instrucciones y formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/form940pr.

Lea las instrucciones por separado antes de completar este formulario. Escriba en letra de molde o a maquina dentro de los encasillados.

Parte 1: Infórmenos sobre su planilla. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

1a Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo únicamente en Puerto Rico, escriba "PR" en los dos espacios siguientes

1a

1b Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo en más de un estado, usted es patrono en múltiples estados

1b Marque aquí. Complete el Anexo A (Formulario 940-PR).

2 Si pagó salarios en un estado sujeto a la REDUCCIÓN EN EL CRÉDITO

2 Marque aquí. Complete el Anexo A (Formulario 940-PR).

Parte 2: Determine su contribución FUTA sin considerar ajustes para 2012. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

3 Total de pagos hechos a todos sus empleados	3	99,851	22
4 Pagos exentos de la contribución FUTA	4		
Marque todos los que le correspondan: 4a <input type="checkbox"/> Beneficios marginales 4c <input type="checkbox"/> Retiro/Pensión 4e <input type="checkbox"/> Otro			
4b <input type="checkbox"/> Seguro de vida colectivo a término 4d <input type="checkbox"/> Cuidado para dependientes			
5 Total de pagos hechos a cada empleado en exceso de \$7,000	5	57,325	64
6 Subtotal (línea 4 + línea 5 = línea 6)	6	57,325	64
7 Total de salarios sujetos a la contribución FUTA (línea 3 - línea 6 = línea 7) (vea las instrucciones)	7	42,525	58
8 Total de la contribución FUTA antes de considerar los ajustes (línea 7 x .006 = línea 8)	8	255	15

Parte 3: Determine sus ajustes. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

9 Si el TOTAL de los salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fue excluido de la contribución estatal para el desempleo, multiplique la cantidad de la línea 7 por .054 (línea 7 x .054 = línea 9). Pase a la línea 12	9		
10 Si ALGUNOS salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fueron excluidos de la contribución estatal para el desempleo, O si pagó tarde ALGUNA PORCIÓN de la contribución estatal para el desempleo (después de la fecha límite para radicar el Formulario 940-PR), complete la hoja de trabajo en las Instrucciones del Formulario 940, en inglés. Anote la cantidad de la línea 7 de la hoja de trabajo	10		
11 Si corresponde la reducción en el crédito, anote el total del Anexo A (Formulario 940-PR)	11		

Parte 4: Determine su contribución FUTA y saldo adeudado o cantidad pagada en exceso para 2012. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

12 Total de su contribución FUTA después de considerar los ajustes (líneas 8 + 9 + 10 + 11 = línea 12)	12	255	15
13 Contribución FUTA depositada para el año, incluyendo toda cantidad pagada en exceso aplicada de un año anterior	13		
14 Saldo adeudado (Si la línea 12 es mayor que la línea 13, anote el excedente en la línea 14). • Si la línea 14 es mayor de \$500, tiene que depositar la contribución. • Si la línea 14 es \$500 o menos, puede hacer su pago junto con esta planilla. (vea las instrucciones)	14	255	15
15 Cantidad pagada en exceso (Si la línea 13 es mayor que la línea 12, anote el excedente en la línea 15 y marque uno de los encasillados que aparecen a continuación)	15		

▶ TIENE que completar ambas páginas del Formulario 940-PR y luego FIRMARLO.

Marque uno: Aplíquese a la próxima planilla. Envíe el reembolso.

Próxima Página ➡

Formulario **941-PR para 2012:** Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

IR (Rev. enero de 2012)

Department of the Treasury - Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Número de identificación patronal (EIN) **6 6 - 0 6 0 4 0 6 9**

Nombre (el de usted, no el de su negocio) **Office Express Supply, Inc.**

Nombre comercial (si alguno) **Office Express Supply, Inc.**

Dirección **Muñoz Rivera 4 C**

Número **Villalba** Calle **PR** Número de oficina o de habitación **00766**

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Informe para este trimestre de 2012. (Marque uno).

1: enero, febrero, marzo

2: abril, mayo, junio

3: julio, agosto, septiembre

4: octubre, noviembre, diciembre

Formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/form941pr.

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 las preguntas a continuación 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), 12 de junio (2º trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4º trimestre) **1** **7**

2 **[REDACTED]**

3 **[REDACTED]**

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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	28,824 . 81	2,976 . 98
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	.	.
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	28,824 . 81	830 . 12

5d Suma las líneas 5a + 5b + 5c de la Columna 2 **5d** **3,807 . 10**

5e Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones) **5e** **.**

6 Total de contribuciones antes de ajustes. (Suma las líneas 5d + 5e) **6** **3,807 . 10**

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. Combina las líneas 6 a 9 **10** **3,807 . 10**

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 (PF) o del Formulario 944-X (PR) **11** **.**

12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones) **12a** **.**

12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA **0**

13 Suma 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** **3,807 . 10**

15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia **15** **.**

Marque uno Aplíquese a la próxima planilla.
 Envíe un reembolso.
Página siguiente

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

Nombre (al de usted, no el de su negocio) Número de identificación patronal (EIN)

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 bimensual, vea el apartado 11 de la Pub. 178 (Circular PR).

- 16 Marque uno: La línea 10 de esta planilla o de la planilla del trimestre anterior es menor 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 menor 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 bimensual, 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 | |
| | Mes 2 | |
| | Mes 3 | |
| Total para el trimestre: | | El total tiene que ser igual a la línea 10. |
- Era depositante de itinerario bimensual durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B del Formulario 941-PR: Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bimensual, 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 total 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

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde aquí

Escriba su cargo en letra de molde aquí

Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día

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

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		Código postal (ZIP)	
	Estado 		

Formulario **941-PR para 2012:** Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

(Revisión de 2012)

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)

Informe para este trimestre de 2012. (Marque uno).

1: enero, febrero, marzo

2: abril, mayo, junio

3: julio, agosto, septiembre

4: octubre, noviembre, diciembre

Formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/form941pr.

2100766

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)

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="24,439.63"/>	x 104 =	<input type="text" value="2,541.72"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text"/>	x 104 =	<input type="text"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="24,439.63"/>	x .028 =	<input type="text" value="708.75"/>

920.33 - Julio
1,323.98 - Agosto
+ 1,006.16 - Sept
↓

5d Suma las líneas 5a + 5b + 5c de la Columna 2

5e Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(c): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)

6 Total de contribuciones antes de ajustes. (Suma las líneas 5d + 5e)

7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual

8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual

9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual

10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combina las líneas 6 a 9

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 del Formulario 944-X (PR)

12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones)

12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA

13 Suma las líneas 11 y 12a

14 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones

15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia

Marque uno Aplique a la próxima planilla.
 Envíe un reembolso.
Página siguiente ➔

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

Para el Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites, vea el dorso del Comprobante de Pago.

Nombre (el de usted, no el de su negocio):	Número de identificación patronal (EIN)
--------------------------------------------	-----------------------------------------

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 bimensual, vea el apartado 11 de la Pub. 178 (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 bimensual, 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		■	
	Mes 2		■	
	Mes 3		■	
	Total para el trimestre		■	El total tiene que ser igual a la línea 10.

Era depositante de itinerario bimensual durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B del Formulario 941-PR: Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bimensual, 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:

Fecha:

Escriba su nombre en letra de molde aquí:

Escriba su cargo en letra de molde aquí:

Mejor núm. de teléfono donde llamado durante el día:

Para uso exclusivo del preparador remunerado: Marque aquí si usted trabaja por cuenta propia

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		Código postal (ZIP)	
		Estado	

TAXPAYER NAME OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

TIN xxxxx4069

Deposit Confirmation

Your payment has been accepted.

Payment Successful

An EFT Acknowledgement Number has been provided for this payment. Please keep this number for your records.

REMINDER: REMEMBER TO FILE ALL RETURNS WHEN DUE!

EFT ACKNOWLEDGEMENT NUMBER:	270269713870324
------------------------------------	-----------------

PLEASE NOTE

Any amounts represented in the subcategories of Social Security, Medicare, and Income Tax Withholding are for informational purposes only.

Payment Information	Entered Data
Taxpayer EIN	xxxxx4069
Tax Form	941 Employers Federal Tax
Tax Type	Federal Tax Deposit
Tax Period	September/2012
Payment Amount	\$1,006.16
Settlement Date	10/23/2012
Subcategories:	
1 Social Security	\$786.77
2 Medicare	\$219.39

Sept-2012

9574

Re-105200070

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.
 QUARTELY EARNINGS REPORT
 FOR THE PERIOD FROM 1-30 DE SEPTIEMBRE DE 2012

CARLOS E. GUZMAN SANTIAGO

RATE 10.00 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
9/7/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
9/14/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
9/21/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
9/28/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
<u>TOTAL</u>	<u>1600.00</u>	<u>67.20</u>	<u>23.20</u>	<u>155.00</u>	<u>4.80</u>	<u>1349.80</u>	<u>160</u>

RICARDO J. GUZMAN GONZALEZ

RATE 13.13 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	
9/7/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
9/14/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
9/21/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
9/28/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
<u>TOTAL</u>	<u>2100.80</u>	<u>88.23</u>	<u>30.46</u>	<u>230.12</u>	<u>6.30</u>	<u>1745.68</u>	<u>160.00</u>

RICARDO J. MARFISI GONZALEZ

RATE: 7.25 HR

153.0HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	
9/7/2012	232.00	9.74	3.36	0.00	0.70	218.20	32
9/14/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/21/2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
9/28/2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
<u>TOTAL</u>	<u>522.00</u>	<u>21.92</u>	<u>7.57</u>	<u>0.00</u>	<u>1.57</u>	<u>490.94</u>	<u>72.00</u>

JOSE ANGEL RIVERA BARRIOS

RATE: 7.25 HR

150.5HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	
9/7/2012	264.63	11.11	3.84	0.00	0.79	248.88	36.5

9/14/2012	232.00	9.74	3.36	0.00	0.70	218.20	32
9/21/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/28/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
TOTAL	1076.63	45.22	15.61	0.00	3.23	1012.57	148.50

MARIEL MARTINEZ GARCIA

RATE: 7.25

144.00 HR

DATE	GROSS	SOC SEC	MEDICARE	STATE	SDI	NET	
9/7/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/14/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/21/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/28/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
TOTAL	1160.00	48.72	16.82	0.00	3.48	1090.98	160.00

PEDRO A ZAYAS MATOS

RATE: 7.25

144 HRS

DATE	GROSS	SOC SEC	MEDICARE	STATE	SDI	NET	
9/7/2012	235.63	9.90	3.42	0.00	0.71	221.61	32.5
9/14/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/21/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
9/28/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
TOTAL	1105.63	46.44	16.03	0.00	3.32	1039.84	152.50

7,565.06 *seguro social 1,006.16*

TOTALES	7,565.05	317.73	109.69	385.12	22.70	6,729.81
----------------	-----------------	---------------	---------------	---------------	--------------	-----------------

FICA	EMPLOYEE	427.43
FICA	EMPLOYER	578.73

\$ 1,006.15

2/03/10-2012



EFTPS
Electronic Federal Tax Payment System

HOME ENROLLMENT MY PROFILE **PAYMENTS** HELP & INFORMATION CONTACT US LOGOUT

TAXPAYER NAME: OFFICE EXPRESS SUPPLY INC TIN: xxxxx4069

Deposit Confirmation

Your payment has been accepted.

Payment Successful

An EFT Acknowledgement Number has been provided for this payment. Please keep this number for your records.

REMINDER: REMEMBER TO FILE ALL RETURNS WHEN DUE!

EFT ACKNOWLEDGEMENT NUMBER: 270266123202931

PLEASE NOTE

Any amounts represented in the subcategories of Social Security, Medicare, and Income Tax Withholding are for informational purposes only.

Payment Information	Entered Data
Taxpayer EIN	xxxxx4069
Tax Form	941 Employers Federal Tax
Tax Type	Federal Tax Deposit
Tax Period	September/2012
Payment Amount	\$1,323.98
Settlement Date	09/17/2012
Subcategories:	
1 Social Security	\$1,035.30
2 Medicare	\$288.68

[Home](#) [Enrollment](#) [My Profile](#) [Payments](#) [Help & Information](#) [Contact Us](#) [Logout](#)

Agosto - 2012

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.
 QUARTELY EARNINGS REPORT
 FOR THE PERIOD FROM 1-31 DE AGOSTO DE 2012

Agosto - 2012
1,323.98 S-S
481.40 Inc. Tax

CARLOS E. GUZMAN SANTIAGO

RATE: 10.00 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
8/3/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
8/10/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
8/17/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
8/24/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
8/31/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
TOTAL	2000.00	84.00	29.00	193.75	6.00	1687.25	200

RICARDO J. GUZMAN GONZALEZ

RATE: 13.13 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
8/3/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
8/10/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
8/17/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
8/24/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
8/31/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
TOTAL	2626.00	110.29	38.08	287.65	7.88	2182.10	200.00

RICARDO J. MARFISI GONZALEZ

RATE: 7.25 HR

153.0HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
8/3/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
8/10/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
8/17/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
8/24/2012	281.00	10.96	3.78	0.00	0.78	245.47	36
8/31/2012	232.00	9.74	3.36	0.00	0.70	218.20	32
TOTAL	1363.00	57.25	19.76	0.00	4.09	1281.90	188.00

JOSE ANGEL RIVERA BARRIOS

RATE: 7.25 HR

150.5HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
8/3/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40

2010-2012



TAXPAYER NAME: OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

TIN: xxxxx4069

Deposit Confirmation

Your payment has been accepted.

Payment Successful

An EFT Acknowledgement Number has been provided for this payment. Please keep this number for your records.

REMINDER: REMEMBER TO FILE ALL RETURNS WHEN DUE!

EFT ACKNOWLEDGEMENT NUMBER:

270266113795729

PLEASE NOTE

Any amounts represented in the subcategories of Social Security, Medicare, and Income Tax Withholding are for informational purposes only.

Payment Information	Entered Data
Taxpayer EIN	xxxxx4069
Tax Form	941 Employers Federal Tax
Tax Type	Federal Tax Deposit
Tax Period	September/2012
Payment Amount	\$920.33
Settlement Date	09/17/2012
Subcategories:	
1 Social Security	\$719.66
2 Medicare	\$200.67

[Home](#)
 [Enrollment](#)
 [My Profile](#)
 [Payments](#)
 [Help & Information](#)
 [Contact Us](#)
 [Logout](#)

Julio 2012

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.
 QUARTELY EARNINGS REPORT
 FOR THE PERIOD FROM 1-31 DE JULIO DE 2012

*Julio's #920.33 S S
 285.12 Inc. Tax*

CARLOS E. GUZMAN SANTIAGO

RATE: 10 00 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
7/6/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
7/13/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
7/20/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
7/27/2012	400.00	16.80	5.80	38.75	1.20	337.45	40
TOTAL	1600.00	67.20	23.20	155.00	4.80	1349.80	160

RICARDO J. GUZMAN GONZALEZ

RATE: 13 13 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
7/6/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
7/13/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
7/20/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
7/27/2012	525.20	22.06	7.62	57.53	1.58	436.42	40
TOTAL	2100.80	88.23	30.46	230.12	6.30	1745.68	160.00

RICARDO J. MARFISI GONZALEZ

RATE: 7 25 HR

153.0HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
7/6/2012	224.75	9.44	3.26	0.00	0.67	211.38	31
7/13/2012	282.75	11.88	4.10	0.00	0.85	265.93	39
7/20/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
7/27/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
TOTAL	1087.50	45.68	15.77	0.00	3.26	1022.79	150.00

JOSE ANGEL RIVERA BARRIOS

RATE: 7.25 HR

150.5HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	<u>HORAS</u>
7/6/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40

7/13/2012	290.00	12.18	4.21	0.00	0.87	272.75	40
7/20/2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
7/27/2012	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
TOTAL	580.00	24.36	8.41	0.00	1.74	545.49	80.00

MARIEL MARTINEZ GARCIA

RATE: 7.25

144.00 HR

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	
7/6/2012	141.38	5.94	2.05	0.00	0.42	132.96	19.5
7/13/2012	232.00	9.74	3.36	0.00	0.70	218.20	32
7/20/2012	203.00	8.53	2.94	0.00	0.61	190.92	28
7/27/2012	130.50	5.48	1.89	0.00	0.39	122.74	18
TOTAL	706.88	29.69	10.25	0.00	2.12	664.82	97.50

PEDRO A ZAYAS MATOS

RATE: 7.25

144.HRS

<u>DATE</u>	<u>GROSS</u>	<u>SOC SEC</u>	<u>MEDICARE</u>	<u>STATE</u>	<u>SDI</u>	<u>NET</u>	
7/6/2012	152.25	6.39	2.21	0.00	0.46	143.19	21
7/13/2012	268.25	11.27	3.89	0.00	0.80	252.29	37
7/20/2012	221.13	9.29	3.21	0.00	0.66	207.97	30.5
7/27/2012	203.00	8.53	2.94	0.00	0.61	190.92	28
TOTAL	844.63	35.47	12.25	0.00	2.53	794.37	116.50

Handwritten: 719.66
200.68
6,919.81

TOTALES	6,919.80	290.63	100.34	385.12	20.76	6,122.95	
----------------	-----------------	---------------	---------------	---------------	--------------	-----------------	--

FICA	EMPLOYEE	390.97
FICA	MPLOYER	529.36

\$ 920.33

941-PR para 2012: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

Formulario (Rev. enero de 2012)

Department of the Treasury Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0025

4/13/2012

Número de identificación patronal (EIN) -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número de oficina o de habitación
 Número Calle Número de oficina o de habitación

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Informe para este trimestre de 2012. (Marque uno.)

1: enero, febrero, marzo

2: abril, mayo, junio

3: julio, agosto, septiembre

4: octubre, noviembre, diciembre

Formularios para años anteriores están disponibles 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 período 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

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="25,102.18"/>	<input type="text" value="2,610.63"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="."/>	<input type="text" value="."/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="25,102.18"/>	<input type="text" value="727.96"/>
5d Suma las líneas 5a + 5b + 5c de la Columna 2		<input type="text" value="3,338.59"/>
5e Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(e): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)		<input type="text" value="."/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. (Suma las líneas 5d + 5e)		<input type="text" value="3,338.59"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual		<input type="text" value="."/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual		<input type="text" value="."/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual		<input type="text" value="."/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9		<input type="text" value="3,338.59"/>
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 del Formulario 944-X (PR)		<input type="text" value="."/>
12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones)		<input type="text" value="."/>
12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA	<input type="text" value="."/>	
13 Suma las líneas 11 y 12a		<input type="text" value="."/>
14 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones		<input type="text" value="3,338.59"/>
15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia		<input type="text" value="."/>

1485.49 - Abril
 1,063.53 - Mayo
 789.57 - Falta pago
 Falta pago
 \$789.17

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

Marque uno Aplique a la próxima planilla.
 Envíe un reembolso.
Página siguiente ▶▶

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

Office Express Supply, Inc.

Número de identificación patronal (EIN)

66-0604069

Parte 2: Informen 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 bimensual, 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 bimensual, 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	1,105 . 36
	Mes 2	1,216 . 25
	Mes 3	1,485 . 49
	Total para el trimestre	3,807 . 10

- Marzo/8/2012 Jeff
Abril/9/2012 Jeff
- NO APARECE

El total tiene que ser igual a la línea 10.

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

Parte 3: Informen 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

anoté 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: ¿Podamos 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 mejor 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

Ricardo J. Guzman

Escriba su nombre en letra de molde aquí:

Ricardo J Guzman Gonzalez

Escriba su cargo en letra de molde aquí:

Presidente

Fecha 4-17-12

Mejor núm. de teléfono donde llámalo durante el día

(787) 847-3181

Para uso exclusivo del preparador remunerado

Marque aquí si usted trabaja por cuenta propia

Nombre del preparador

PTIN

Firma del preparador

Fecha

Nombre de la empresa (o el tuyo, si trabaja por cuenta propia)

EIN

Dirección

Núm. de teléfono

Ciudad

Estado

Código postal (ZIP)

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)

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)

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/am841pr.

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 las preguntas a continuación 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), 12 de junio (2º trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4º trimestre) 1

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están sujetos a las contribuciones al Seguro Social y al Medicare Marque aquí y pase a la línea 8.

	Columna 1		Columna 2
5a Salarios sujetos a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="21,362.00"/>	x .124 =	<input type="text" value="2,648.89"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0.0"/>	x .124 =	<input type="text" value="0.0"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="21,362.00"/>	x .029 =	<input type="text" value="619.50"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención adicional a la contribución al Medicare	<input type="text"/>	x .009 =	<input type="text"/>
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d			<input type="text" value="3,268.39"/>
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 ajustes. (Suma las líneas 5e y 5f)			<input type="text" value="3,268.39"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual			<input type="text"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual			<input type="text"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual			<input type="text"/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9			<input type="text" value="3,268.39"/>
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			<input type="text" value="3,268.39"/>
12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones)			<input type="text"/>
12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA	<input type="text"/>		
13 Suma las líneas 11 y 12a			<input type="text" value="3,268.39"/>
14 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones			<input type="text"/>
15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia			<input type="text"/>

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

Marque uno: Aplíquese a la próxima planilla.
 Envíe un reembolso.
Página siguiente ▶▶

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

(Ley enero de 2013)

Department of the Treasury Internal Revenue Service

GMB No. 1645-0028

Número de identificación patronal (EIN): 66-0604069

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

Nombre comercial (si alguno): OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

Dirección: CALLE MUNOZ RIVERA 4C

Número: VILLALBA Calle: PR Número de oficina o de habitación: 00766

Estado: PR Código postal (ZIP): 00766

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 máquina 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 7

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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	20,825.36	2,582.34
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	0.00	0.00
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	20,825.36	603.94
5d Salarios y propinas sujetos a la retención adicional a la contribución al Medicare		
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d		3,186.28
5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)		
6 Total de contribuciones antes de ajustes. (Sume las líneas 5e y 5f)		3,186.28
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual		
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual		
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual		
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9		3,186.28
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		3,186.28
12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones)		
12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA		
13 Suma las líneas 11 y 12a		3,186.28
14 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones		
15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia		

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

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

Página siguiente ▶▶

Nombre (el de usted o el de su negocio)

Número de identificación patronal (EIN)

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	
	Mes 2	
	Mes 3	
Total para el trimestre		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 ND corresponde a su negocio, déjala 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 lea 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

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

7-30-13
49214

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) -

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)

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/form941.

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 período 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

2.

3.

4. Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="19,333.80"/>	x .124 =	<input type="text" value="2,397.39"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0.0"/>	x .124 =	<input type="text" value="0.0"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="19,333.80"/>	x .029 =	<input type="text" value="560.68"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención adicional a la contribución al Medicare	<input type="text" value="."/>	x .009 =	<input type="text" value="."/>
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d			<input type="text" value="2,958.07"/>
6f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las Instrucciones)			<input type="text" value="."/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. (Suma las líneas 5e y 6f)			<input type="text" value="2,958.07"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual			<input type="text" value="."/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual			<input type="text" value="."/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual			<input type="text" value="."/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9			<input type="text" value="2,958.07"/>
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			<input type="text" value="."/>
12a Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las Instrucciones)			<input type="text" value="."/>
12b Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA			<input type="text" value="."/>
13 Suma las líneas 11 y 12a			<input type="text" value="."/>
14 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones			<input type="text" value="2,958.07"/>
15 Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia			<input type="text" value="."/>

Marque uno Apéndice a la próxima planilla.
 Envíe en reembolso.
Página siguiente ▶▶

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) -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número Calle Número de oficina o de habitación

Estado Código Postal (ZIP)

Ciudad

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 máquina o en letra de molde dentro de los encasillados.

Parte 1: Contesta 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)

2.

3.

4. Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="20,836.38"/>	x .124 =	<input type="text" value="2,583.71"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0.0"/>	x .124 =	<input type="text" value="0.0"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="20,836.38"/>	x .029 =	<input type="text" value="603.94"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención adicional a la contribución al Medicare	<input type="text"/>	x .009 =	<input type="text"/>

pague \$15,938.83 2/13/2014

5e. Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d

5f. Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)

6. Total de contribuciones antes de ajustes. (Suma las líneas 5e y 5f)

7. Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual

8. Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual

9. Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual

10. Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9

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

12a. Pagos de asistencia para las primas de COBRA (vea las instrucciones)

12b. Número de individuos que recibieron asistencia para las primas de COBRA

13. Suma las líneas 11 y 12a

14. Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 13, anote la diferencia y vea las instrucciones

15. Contribución pagada en exceso. Si la línea 13 es mayor que la línea 10, anote la diferencia

Marque uno Aplíquese a la próxima planilla.
 Envíe un reembolso.
Página siguiente ➔

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



TAXPAYER NAME : OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC TIN : xxxxx4069

Deposit Confirmation

Your payment has been accepted

Payment Successful

An EFT acknowledgement number has been provided for this payment. Please keep this number for your records.

REMINDER: REMEMBER TO FILE ALL RETURNS WHEN DUE!

EFT ACKNOWLEDGEMENT NUMBER: 270444480450460

PLEASE NOTE
Any amounts represented in the subcategories of Social Security, Medicare, and Income Tax Withholding are for informational purposes only.

Table with 2 columns: Payment Information and Entered Data. Rows include Taxpayer EIN, Tax Form, Tax Type, Tax Period, Payment Amount, Settlement Date, Sub Categories (Social Security, Medicare).

Pin 7583
rentes 206070
para la cuenta numero

Formulario **940-PR para 2013:**

Planilla para la Declaración Federal Anual del Patrono de la Contribución Federal para el Desempleo (FUTA)

OMB No. 1545-0028

Department of the Treasury - Internal Revenue Service

Número de identificación Patronal (EIN) -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número Calle PR

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Nombre de país extranjero Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

Clase de planilla
(Marque todas las que le apliquen).

a. Enmendada

b. Patrono sucesor

c. Ningún pago hecho a los empleados en 2013

d. Final: Se cerró el negocio o cajo de pagar salarios

Instrucciones y formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/form940pr.

Lea las instrucciones por separado antes de completar este formulario. Escriba en letra de molde o a maquinilla dentro de los encasillados.

Parte 1: Infórmenos sobre su planilla. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

- 1a P R Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo únicamente en Puerto Rico, escriba "PR" en los dos espacios siguientes.
- 1b Marque aquí. Complete el Anexo A (Formulario 940-PR). Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo en más de un estado, usted es patrono en múltiples estados.
- 2 Marque aquí. Complete el Anexo A (Formulario 940-PR). Si pagó salarios en un estado sujeto a la REDUCCIÓN EN EL CRÉDITO.

Parte 2: Determine su contribución FUTA sin considerar ajustes para 2013. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

- 3 Total de pagos hechos a todos sus empleados 3
- 4 Pagos exentos de la contribución FUTA 4
- Marque todos los que le correspondan: 4a Beneficios marginales 4c Retiro/Pensión 4e Otro
4b Seguro de vida colectivo a término 4d Cuidado para dependientes
- 5 Total de pagos hechos a cada empleado en exceso de \$7,000 5
- 6 Subtotal (línea 4 + línea 5 = línea 6) 6
- 7 Total de salarios sujetos a la contribución FUTA (línea 3 - línea 6 = línea 7) (vea las instrucciones) 7
- 8 Total de la contribución FUTA antes de considerar los ajustes (línea 7 x .006 = línea 8) 8

Parte 3: Determine sus ajustes. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

- 9 Si el TOTAL de los salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fue excluido de la contribución estatal para el desempleo, multiplique la cantidad de la línea 7 por .054 (línea 7 x .054 = línea 9). Pase a la línea 12. 9
- 10 Si ALGUNOS salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fueron excluidos de la contribución estatal para el desempleo, O si pagó tarde ALGUNA PORCIÓN de la contribución estatal para el desempleo (después de la fecha límite para radicar el Formulario 940-PR), complete la hoja de trabajo en las Instrucciones del Formulario 940, en Inglés. Anote la cantidad de la línea 7 de la hoja de trabajo. 10
- 11 Si corresponde la reducción en el crédito, anote el total del Anexo A (Formulario 940-PR) 11

Parte 4: Determine su contribución FUTA y saldo adeudado o cantidad pagada en exceso para 2013. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

- 12 Total de su contribución FUTA después de considerar los ajustes (líneas 8 + 9 + 10 + 11 = línea 12) 12
- 13 Contribución FUTA depositada para el año, incluyendo toda cantidad pagada en exceso aplicada de un año anterior 13
- 14 Saldo adeudado (Si la línea 12 es mayor que la línea 13, anote el excedente en la línea 14).
• Si la línea 14 es mayor de \$500, tiene que depositar la contribución.
• Si la línea 14 es \$500 o menos, puede hacer su pago junto con esta planilla (vea las instrucciones) 14
- 15 Cantidad pagada en exceso (Si la línea 13 es mayor que la línea 12, anote el excedente en la línea 15 y marque uno de los encasillados que aparecen a continuación) 15

▶ **TIENE** que completar ambas páginas del Formulario 940-PR y luego **FIRMARLO**.

Marque una: Aplíquese a la próxima planilla. Envíe un reembolso.

Próxima Página ➔

Formulario 941-PR para 2014: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

(Rev. enero de 2014)

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

Teléfono Estado Código postal (ZIP)

Nombre del país extranjero Provincia exterior (dependiente) Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2014.
(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 máquina o en letra de molde dentro de las encasillados.

Parte 1: Conteste las preguntas a continuación 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), 12 de junio (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre)

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="16,339.92"/>	$\times 124 =$	<input type="text" value="2,026.15"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0."/>	$\times 124 =$	<input type="text" value="0.0"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="16,339.92"/>	$\times .029 =$	<input type="text" value="473.85"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text" value="0."/>	$\times .009 =$	<input type="text" value="0."/>

5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d

5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)

6 Total de contribuciones antes de ajustes. Suma las líneas 5e y 5f.

7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual

8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual

9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual

10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9

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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X radicado en el trimestre en curso

12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones

13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia

Aplíquese a la próxima planilla.
 Marque uno Erve un reembolso.

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

Página siguiente ➔

Nombre (el de usted o el de su negocio) Número de identificación patronal (EIN)

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).

14 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 (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	<input type="text"/>
	Mes 2	<input type="text"/>
	Mes 3	<input type="text"/>
	Total para el trimestre	<input type="text"/>

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 (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, déjala en blanco.

15 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

16 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 real 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: **SAMUEL SANTIAGO DE JESÚS**

Escriba su cargo en letra de molde aquí: **PARROCO**

Fecha

Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día **(787) 579-8060**

Para uso exclusivo del preparador remunerado

Marque aquí si usted trabaja por cuenta propia

Nombre del preparador PTN

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)

Formulario 941-PR para 2014: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono

(Rev. enero de 2014)

Department of the Treasury - Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0024

Número de identificación patronal (EIN) -

Nombre (le o 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/cantada Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2014.
(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 máquina 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 (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre) 1

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="17,139.21"/>	x .124 =	<input type="text" value="2,135.26"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0."/>	x .124 =	<input type="text" value="0.00"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="17,139.21"/>	x .029 =	<input type="text" value="497.03"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text" value="0."/>	x .009 =	<input type="text" value="0."/>
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d			<input type="text" value="2,622.29"/>
5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones).			<input type="text" value="."/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. Suma las líneas 5e y 5f			<input type="text" value="2,622.29"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual			<input type="text" value="."/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual			<input type="text" value="."/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual			<input type="text" value="."/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9			<input type="text" value="2,622.29"/>
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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X radicado en el trimestre en curso			<input type="text" value="1,020.28"/>
12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones.			<input type="text" value="1,602.01"/>
13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia.			<input type="text" value="."/>

Marque uno Adíquese a la próxima planilla.
 Envíe en reembolso.

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

Página siguiente ➡

Nombre del Estado (en el día de su negocio)	Número de identificación patronal (EIN)
---------------------------------------------	-----------------------------------------

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 bimensual, vea el apartado 11 de la Pub. 179 (Circular PR).

14 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 bimensual, adjunte el Anexo B (Formulario 941-PR). Pase a la Parte 3.

Era depositante de itinerario mensual para todo el trimestre. Añote 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	-			
	Total para el trimestre	-			El total tiene que ser igual a la línea 10.

Era depositante de itinerario bimensual durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B (Formulario 941-PR): Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bimensual, 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.

15 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:

16 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 deba 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 verdadera, 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	SAMUEL SANTIAGO DE JESUS
	Escriba su cargo en letra de molde aquí	PARROCO
Fecha: <input style="width:100px;" type="text"/>	Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día	17871579-8060

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

Nombre del preparador		PTN	
Firma de preparación		Fecha	/ /
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia)		EIN	
Dirección		Núm. de teléfono	
Ciudad		Estado	
		Código postal (ZIP)	

Formulario **941-PR para 2014: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Revisión de 2014)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1515-0020

Número de identificación patronal (EIN) -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2014.
(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 máquina 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 (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre)

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="16,500.00"/>	x .124 =	<input type="text" value="2,046.00"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0."/>	x .124 =	<input type="text" value="0."/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="16,500.00"/>	x .029 =	<input type="text" value="478.50"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text" value="0."/>	x .009 =	<input type="text" value="0."/>
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d			<input type="text" value="2,524.50"/>
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 ajustes. Suma las líneas 5e y 5f.			<input type="text" value="2,524.50"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual			<input type="text"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual			<input type="text"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual			<input type="text"/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9			<input type="text" value="2,524.50"/>
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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X radicado en el trimestre en curso			<input type="text" value="2,524.50"/>
12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones			<input type="text" value="2,524.50"/>
13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia			<input type="text"/>

RECEIVED
INTERNAL REVENUE SERVICE
MAY 4 2015
SBSSE COMPLIANCE DIVISION
MAYAGUEZ, PR 00680

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

Página siguiente ➔

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

Formulario **941-PR para 2014: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. enero de 2014)

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/condeado Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2014.
(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 máquina 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 período de pago que incluye: el 12 de marzo (1er trimestre), 12 de junio (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre)

2.

3.

4. Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="28,709.93"/>	$\times .124 =$	<input type="text" value="3,560.04"/>
5b. Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="0."/>	$\times .124 =$	<input type="text" value="0."/>
5c. Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="28,709.93"/>	$\times .029 =$	<input type="text" value="832.58"/>
5d. Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text" value="0."/>	$\times .009 =$	<input type="text" value="0."/>
5e. Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d			<input type="text" value="4,392.62"/>
6f. 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 ajustes. Suma las líneas 5e y 6f			<input type="text" value="4,392.62"/>
7. Ajuste por fracciones de centavos del trimestre actual			<input type="text"/>
8. Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual			<input type="text"/>
9. Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual			<input type="text"/>
10. Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9			<input type="text" value="4,392.62"/>
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 (RR), 941-X, 941-X (SP), 941-X (PR) o 941-X, radicado en el trimestre en curso			<input type="text" value="4,392.62"/>
12. Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones			<input type="text" value="4,392.62"/>
13. Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia			<input type="text"/>

RECEIVED
INTERNAL REVENUE SERVICE
MAY 4 2015
SBSE COMPLIANCE DIVISION
MAYAGUEZ, PR 00680

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

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

Página siguiente ►►

Formulario **940-PR para 2014:**

Planilla para la Declaración Federal Anual del Patrono de la Contribución Federal para el Desempleo (FUTA)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0028

Número de Identificación Patronal (EIN) -

Nombre (de usted, no el de su negocio)

Nombre comercial (si alguno)

Dirección
Número Calle

Ciudad

Estado

Código postal (ZIP)

Nombre de país extranjero

Provincia extranjera/condado

Código postal extranjero

Clase de planilla
 (Marque todas las que le apliquen).

a. Enmendada

b. Patrono sucesor

c. Ningún pago hecho a los empleados en 2014

d. Final: Se cerró el negocio o dejó de pagar salarios

Instrucciones y formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/Form940.

Lea las instrucciones por separado antes de completar este formulario. Escriba en letra de molde o a maquinilla dentro de los encasillados.

Parte 1: Infórmenos sobre su planilla. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

1a Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo únicamente en Puerto Rico, escriba "PR" en los dos espacios siguientes

1b Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo en más de un estado, usted es patrono en múltiples estados Marque aquí Complete el Anexo A (Formulario 940-PR).

2 Si pagó salarios en un estado sujeto a la REDUCCIÓN EN EL CRÉDITO Marque aquí Complete el Anexo A (Formulario 940-PR).

Parte 2: Determine su contribución FUTA sin considerar ajustes para 2014. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

3 Total de pagos hechos a todos sus empleados 3

4 Pagos exentos de la contribución FUTA 4

Marque todos los que le correspondan: 4a Beneficios marginales 4c Retiro/Pensión 4e Otro

4b Seguro de vida colectivo a término 4d Cuidado para dependientes

5 Total de pagos hechos a cada empleado en exceso de \$7,000 5

6 Subtotal (línea 4 + línea 5 = línea 6) 6

7 Total de salarios sujetos a la contribución FUTA (línea 3 - línea 6 = línea 7) (vea las instrucciones) 7

8 Total de la contribución FUTA antes de considerar los ajustes (línea 7 x .006 = línea 8) 8

Parte 3: Determine sus ajustes. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

9 Si el TOTAL de los salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fue excluido de la contribución estatal para el desempleo, multiplique la cantidad de la línea 7 por .054 (línea 7 x .054 = línea 9). Pase a la línea 12. 9

10 Si ALGUNOS salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fueron excluidos de la contribución estatal para el desempleo, O si pagó tarde ALGUNA PORCIÓN de la contribución estatal para el desempleo (después de la fecha límite para radicar el Formulario 940-PR), complete la hoja de trabajo en las Instrucciones del Formulario 940, en inglés. Anote la cantidad de la línea 7 de la hoja de trabajo 10

11 Si corresponde la reducción en el crédito, anote el total del Anexo A (Formulario 940-PR) 11

Parte 4: Determine su contribución FUTA y saldo adeudado o cantidad pagada en exceso para 2014. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

12 Total de su contribución FUTA después de considerar los ajustes (líneas 8 + 9 + 10 - 11 = línea 12) 12

13 Contribución FUTA depositada para el año, incluyendo toda cantidad pagada en exceso aplicada de un año anterior 13

14 Saldo adeudado (Si la línea 12 es mayor que la línea 13, anote el excedente en la línea 14).
 • Si la línea 14 es mayor de \$500, tiene que depositar la contribución.
 • Si la línea 14 es \$500 o menos, puede hacer su pago junto con esta planilla (vea las instrucciones) 14

15 Cantidad pagada en exceso (Si la línea 13 es mayor que la línea 12, anote el excedente en la línea 15 y marque uno de los encasillados que aparecen a continuación) 15

▶ TIENE que completar ambas páginas de: Formulario 940-PR y luego FIRMARLO. Marque uno: Aplíquese a la próxima planilla Envíe un reembolso.

Próxima Página ➔

Nombre (al de estado no el de su negocio)	Número de Identificación Patronal (EIN)
-------------------------------------------	-----------------------------------------

Parte 5: Informe su obligación contributiva para la contribución FUTA por trimestre sólo si la cantidad de la línea 12 es mayor que \$500. Si no es así, pase a la Parte 6.

16 Informe su obligación contributiva para la contribución FUTA por cada trimestre; NO anote la cantidad que depositó. Si no adeudó ninguna contribución por cualquier trimestre, deje la línea en blanco.

16a 1er trimestre (1 de enero - 31 de marzo)	16a	<input style="width:95%;" type="text"/>
16b 2da trimestre (1 de abril - 30 de junio)	16b	<input style="width:95%;" type="text"/>
16c 3er trimestre (1 de julio - 30 de septiembre)	16c	<input style="width:95%;" type="text"/>
16d 4to trimestre (1 de octubre - 31 de diciembre)	16d	<input style="width:95%;" type="text"/>

17 Total de la obligación contributiva para el año (líneas 16a + 16b + 16c + 16d = línea 17) **Este total tiene que ser igual al de la línea 12.**

Parte 6: ¿Podemos hablar con su tercero autorizado?

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

Si. Nombre y núm. de teléfono de la persona

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

No.

Parte 7: Firme aquí. TIENE que completar ambas páginas del formulario y FIRMARLO.

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla, incluyendo todos los anexos y declaraciones adjuntas, y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa y que ninguna porción de los pagos hechos al fondo estatal de desempleo por la que reclamo crédito fue, ni será, deducida de los pagos hechos a mis empleados. La declaración del preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tiene conocimiento.

X	Firme su nombre aquí		Escriba su nombre en letra de molde aquí	RICARDO J. GUZMAN GONZALEZ
			Escriba su cargo en letra de molde aquí	PRESIDENTE
	Fecha		Mejor núm. de teléfono donde llamarlo durante el día	787-847-7583

Para uso exclusivo del preparador remunerado		Marque aquí si 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)	

Formulario **941-PR para 2015: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. enero de 2015)

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 2015.
(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 (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre) 1

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="16,601.31"/>	x 124 =	<input type="text" value="2,058.57"/>	
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text"/>	x 124 =	<input type="text"/>	
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="16,601.31"/>	x .029 =	<input type="text" value="481.46"/>	
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text"/>	x .009 =	<input type="text"/>	
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d				5e <input type="text" value="2,540.03"/>
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" value="0.0"/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. Suma las líneas 5e y 5f				6 <input type="text" value="2,540.03"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual				7 <input type="text" value="0.0"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual				8 <input type="text" value="0.0"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual				9 <input type="text" value="0.0"/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9				10 <input type="text" value="2,540.03"/>
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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X radicado en el trimestre en curso				11 <input type="text" value="0.0"/>
12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones				12 <input type="text" value="2,540.03"/>
13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia				13 <input type="text" value="0.0"/>

RECEIVED
INTERNAL REVENUE SERVICE
MAY 4 2015
SBSE COMPLIANCE DIVISION
HAYAGUEZ, PR 00880

Marque uno Aplíquese a la próxima planilla.
 Ervite un reembolso.

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

Página siguiente ➡

Formulario **941-PR para 2015: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. enero de 2015)

Department of the Treasury - Internal Revenue Service

CMB No. 1545-0029

Número de identificación patronal (EIN) -

Nombre (el del dueño, no el de su negocio)

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Número Calle Número de oficina o de instalación

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Nombre del país extranjero Provincia extranjera/condado Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2015.
(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/irm941

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

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 (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre)

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="24,468.85"/> x 124 =	<input type="text" value="3,034.11"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text" value="."/> x 124 =	<input type="text" value="."/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="24,468.85"/> x 029 =	<input type="text" value="7,094.59"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text" value="."/> x 009 =	<input type="text" value="."/>

5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d

5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)

6 Total de contribuciones antes de ajustes. Suma las líneas 5e y 5f

7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual

8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual

9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual

10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9

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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X rediseñado en el trimestre en curso

12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones

13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia Marque uno Aplíquese a la próxima planilla. Envíe un reembolso.

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

Página siguiente ►

Nombre (el de usted, no el de su negocio)	Número de identificación patronal (EIN)
-------------------------------------------	-----------------------------------------

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).

- 14 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 (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	<input style="width:95%;" type="text"/>
	Mes 2	<input style="width:95%;" type="text"/>
	Mes 3	<input style="width:95%;" type="text"/>
	Total para el trimestre	<input style="width:95%;" type="text"/>

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 (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.

- 15 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
- 16 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 persona (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 real saber y entender, es verídica correcta y completa. La declaración de preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tenga conocimiento.

X Firme su nombre aquí

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde aquí

Escriba su cargo en letra de molde aquí

Major núm. de teléfono donde llamarte durante el día

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

Nombre del preparador <input style="width:95%;" type="text"/>	PIN <input style="width:80%;" type="text"/>
Firma del preparador <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha <input style="width:80%;" type="text"/>
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia) <input style="width:95%;" type="text"/>	EIN <input style="width:80%;" type="text"/>
Dirección <input style="width:95%;" type="text"/>	Núm. de teléfono <input style="width:80%;" type="text"/>
Ciudad <input style="width:40%;" type="text"/> Estado <input style="width:100px;" type="text"/>	Código postal (ZIP) <input style="width:80%;" type="text"/>

Formulario **941-PR para 2015: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. enero de 2015)

Department of the Treasury - Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0049

Número de identificación patronal (EIN)

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

Nombre comercial (si alguna)

Dirección

Número	Calle	Número de oficina o de habitación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código postal (ZIP)
<input type="text" value="VILLALBA"/>	<input type="text" value="PR"/>	<input type="text" value="00766"/>
Nombre del país extranjero	Provincia extranjera/correo	Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2015.
(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 las 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 (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre) 1

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="16,757.31"/> × 124 =	<input type="text" value="2,077.90"/>
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="16,757.31"/> × .029 =	<input type="text" value="485.96"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d		<input type="text" value="2,563.86"/>
5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 9121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)		<input type="text" value="0.0"/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. Suma las líneas 5e y 5f		<input type="text" value="2,563.86"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual		<input type="text" value="0.0"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual		<input type="text" value="0.0"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual		<input type="text" value="0.0"/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9		<input type="text" value="2,563.86"/>
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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X radicado en el trimestre en curso		<input type="text" value="829.20"/>
12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones		<input type="text" value="1,734.66"/>
13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia <input type="text" value="0.0"/>		<input type="text" value="0.0"/>

Aplicase a la próxima planilla.
 Marque uno Envíe un reembolso.

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

Página siguiente ➔

Nombre (incluya usted, no el de su negocio) Número de identificación patronal (EIN)

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 bimensual, vea el apartado 11 de la Pub. 179 (Circular PR).

14 Marque uno: La línea 10 de esta planilla o de la planilla del trimestre anterior es menor de \$2,500 y usted no tuvo una obligación de depositar \$100,000 el próximo día durante el trimestre en curso. Si a línea 10 del trimestre anterior era menor 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 bimensual, 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	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
	Mes 2	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
	Mes 3	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
	Total para el trimestre	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>

El total tiene que ser igual a la línea 10.

Era depositante de itinerario bimensual durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B (Formulario 941-PR): Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bimensual, 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.

15 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

16 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 de 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 de 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

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 aquí si usted trabaja por cuenta propia

Nombre del preparador PIN

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)

Formulario **941-PR para 2015: Planilla para la Declaración Federal TRIMESTRAL del Patrono**

(Rev. enero de 2015)

Department of the Treasury — Internal Revenue Service

GMP No. 1543-0020

Numero de identificación patronal (EIN) -

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

Nombre comercial (si alguno)

Dirección

Numero Calle Numero de oficina o de habitación

Ciudad Estado Código postal (ZIP)

Nombre del país extranjero Provincia extranjera/correo Código postal extranjero

Informe para este trimestre de 2015.
(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/form941p.

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

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 (2do trimestre), 12 de septiembre (3er trimestre) o 12 de diciembre (4to trimestre)

2

3

4 Si los salarios, propinas y otras remuneraciones no están 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="15,200.69"/> × 124 =	<input type="text" value="1,884.80"/>
5b Propinas sujetas a la contribución al Seguro Social	<input type="text"/> × 124 =	<input type="text"/>
5c Salarios y propinas sujetos a la contribución al Medicare	<input type="text" value="15,200.69"/> × .029 =	<input type="text" value="440.82"/>
5d Salarios y propinas sujetos a la retención de la Contribución Adicional al Medicare	<input type="text"/> × .009 =	<input type="text"/>
5e Suma la Columna 2 de las líneas 5a, 5b, 5c y 5d		<input type="text" value="2,325.71"/>
5f Notificación y solicitud de pago conforme a la sección 3121(q): Contribución adeudada por propinas no declaradas (vea las instrucciones)		<input type="text" value="0.0"/>
6 Total de contribuciones antes de ajustes. Suma las líneas 5e y 5f		<input type="text" value="2,325.71"/>
7 Ajustes por fracciones de centavos del trimestre actual		<input type="text" value="0.0"/>
8 Ajustes por compensación por enfermedad del trimestre actual		<input type="text" value="0.0"/>
9 Ajustes por propinas y por seguro temporal de vida colectivo a término fijo del trimestre actual		<input type="text" value="0.0"/>
10 Total de contribuciones después de considerar los ajustes. Combine las líneas 6 a 9		<input type="text" value="2,325.71"/>
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), 941-X, 944-X (SP), 944-X (PR) o 944-X radicado en el trimestre en curso		<input type="text" value="2,325.71"/>
12 Saldo adeudado. Si la línea 10 es mayor que la línea 11, anote la diferencia y vea las instrucciones		<input type="text" value="2,325.71"/>
13 Contribución pagada en exceso. Si la línea 11 es mayor que la línea 10, anote la diferencia <input type="text" value="0.0"/>		<input type="text" value="0.0"/>

Apíquese a la próxima planilla. Marque uno Envíe un reembolso.

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

Página siguiente ►►

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

Número de identificación patronal (EIN)

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 bimensual, vea el apartado 11 de la Pub. 179 (Circular PR).

- 14 **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 a línea 10 del trimestre anterior era menor 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 bimensual, 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 | • | • | |
| Total para el trimestre | | | | • El total tiene que ser igual a la línea 10. |
- Era depositante de itinerario bimensual durante cualquier parte de este trimestre. Complete el Anexo B (Formulario 941-PR): Registro de la Obligación Contributiva para los Depositantes de Itinerario Bimensual, y adjúntelo al Formulario 941-PR.

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

- 15 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
- 16 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 mal saber y entender, es verdadera, 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

Nombre Escriba su nombre en letra de molde aquí:

Cargo 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 aquí si usted trabaja por cuenta propia

Nombre del preparador	PTIN
Firma de preparador	Fecha
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia)	EIN
Dirección	Núm. de teléfono
Ciudad	Código postal (ZIP)
Estado	

Formulario **940-PR para 2015:** Planilla para la Declaración Federal Anual del Patrono de la Contribución Federal para el Desempleo (FUTA) OMB No. 1545-0028
 Department of the Treasury -- Internal Revenue Service

Número de Identificación Patronal (EIN) -

Nombre (si 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 de sus extranjero Provincia extranjera/corredor Código postal extranjero

Cásc de planilla
 (Marque todas las que le apliquen).

a. Enmendada

b. Patrono sucesor

c. Ningún pago hecho a los empleados en 2015

d. Final: Se cerró el negocio o dejó de pagar salarios

Instrucciones y formularios para años anteriores están disponibles en www.irs.gov/form940pr

Lea las instrucciones por separado antes de completar esta formulario. Escriba en letra de molde o a máquina dentro de los encasillados.

Parte 1: Infórmenos sobre su planilla. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco. Vea las instrucciones antes de completar la Parte 1.

1a Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo únicamente en Puerto Rico, escriba "PR" en los dos espacios siguientes.

1b Si tuvo que pagar la contribución estatal para el desempleo en más de un estado, usted es patrono en múltiples estados. Marque aquí. Complete el Anexo A (Formulario 940-PR).

2 Si pagó salarios en un estado sujeto a la REDUCCIÓN EN EL CRÉDITO. Marque aquí. Complete el Anexo A (Formulario 940-PR).

Parte 2: Determine su contribución FUTA sin considerar ajustes. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

3 Total de pagos hechos a todos sus empleados 3

4 Pagos exentos de la contribución FUTA 4

Marque todos los que le correspondan: 4a Beneficios marginales 4c Retiro/Pensión 4e Otro

4b Seguro de vida colectivo a término 4d Cuidado para dependientes

5 Total de pagos hechos a cada empleado en exceso de \$7,000 5

6 Subtotal (línea 4 + línea 5 = línea 6) 6

7 Total de salarios sujetos a la contribución FUTA (línea 3 - línea 6 = línea 7) (vea las instrucciones) 7

8 Total de la contribución FUTA antes de considerar los ajustes (línea 7 x .006 = línea 8) 8

Parte 3: Determine sus ajustes. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

9 Si el TOTAL de los salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fue excluido de la contribución estatal para el desempleo, multiplique la cantidad de la línea 7 por .054 (línea 7 x .054 = línea 9). Pase a la línea 12 9

10 Si ALGUNOS salarios sujetos a la contribución FUTA que pagó fueron excluidos de la contribución estatal para el desempleo, O si pagó tarde ALGUNA PORCIÓN de la contribución estatal para el desempleo (después de la fecha límite para recibir el Formulario 940-PR), complete la hoja de trabajo en las Instrucciones para el Formulario 940, en inglés. Anote la cantidad de la línea 7 de la hoja de trabajo 10

11 Si corresponde la reducción en el crédito, anote el total de: Anexo A (Formulario 940-PR) 11

Parte 4: Determine su contribución FUTA y saldo adeudado o cantidad pagada en exceso. Si NO le corresponde una línea, déjela en blanco.

12 Total de su contribución FUTA después de considerar los ajustes (líneas 8 + 9 + 10 + 11 = línea 12) 12

13 Contribución FUTA depositada para el año, incluyendo toda cantidad pagada en exceso aplicada de un año anterior 13

14 Saldo adeudado (Si la línea 12 es mayor que la línea 13, anote el excedente en la línea 14).
 • Si la línea 14 es mayor de \$500, tiene que depositar la contribución.
 • Si la línea 14 es \$500 o menos, puede hacer su pago junto con esta planilla (vea las instrucciones) 14

15 Cantidad pagada en exceso (Si la línea 13 es mayor que la línea 12, anote el excedente en la línea 15 y marque uno de los encasillados que aparecen a continuación) 15

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

Nombre (el de usted, no el de su negocio)	Número de Identificación Patronal (EIN)
-------------------------------------------	-----------------------------------------

Parte 5: Informe su obligación contributiva para la contribución FUTA por trimestre sólo si la cantidad de la línea 12 es mayor que \$500. Si no es así, pase a la Parte 6.

16 Informe su obligación contributiva para la contribución FUTA por cada trimestre; NO anote la cantidad que depositó. Si no adeudó ninguna contribución por cualquier trimestre, deje la línea en blanco.

16a 1er trimestre (1 de enero - 31 de marzo)	16a	<input style="width:95%;" type="text"/>
16b 2do trimestre (1 de abril - 30 de junio)	16b	<input style="width:95%;" type="text"/>
16c 3er trimestre (1 de julio - 30 de septiembre)	16c	<input style="width:95%;" type="text"/>
16d 4to trimestre (1 de octubre - 31 de diciembre)	16d	<input style="width:95%;" type="text"/>

17 Total de la obligación contributiva para el año (líneas 16a + 16b + 16c + 16d = línea 17) **Este total tiene que ser igual al de la línea 12.**

Parte 6: ¿Podemos hablar con su tercero autorizado?

¿Desea permitir que su 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 de la persona

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

No.

Parte 7: Firme aquí. TIENE que completar ambas páginas del formulario y FIRMARLO.

Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta planilla, incluyendo todos los anexos y declaraciones adjuntas, y que, a mi feal saber y entender, es verídica, correcta y completa y que ninguna porción de los pagos hechos al fondo estatal de desempleo por la que reclamo crédito fue, ni será, deducida de los pagos hechos a mis empleados. La declaración del preparador (que no sea el contribuyente) está basada en toda información de la cual el preparador tiene 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 aquí si trabaja por cuenta propia
Nombre del preparador <input style="width:95%;" type="text"/>	PTIN <input style="width:95%;" type="text"/>
Firma del preparador <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha <input style="width:95%;" type="text"/>
Nombre de la empresa (o el suyo, si trabaja por cuenta propia) <input style="width:95%;" type="text"/>	EIN <input style="width:95%;" type="text"/>
Dirección <input style="width:95%;" type="text"/>	Núm. de teléfono <input style="width:95%;" type="text"/>
Ciudad <input style="width:45%;" type="text"/> Estado <input style="width:45%;" type="text"/>	Código postal (ZIP) <input style="width:95%;" type="text"/>

OFFICE EXPRESS-2014-2015
Balance Sheet

December 31, 2014

ASSETS

Current Assets		
Cash-Bco. Popular	\$	56.22
Accounts Receivable-Trade		105,650.13
Accounts Receivable-Cagusa		20,284.34
Inventory		14,254.21
Prepaid Interest		18,258.24
		<u>158,503.14</u>
Total Current Assets		
Property and Equipment		
Machinery and Equipment		12,500.00
Motor vehicle		306,298.00
Building		206,283.00
A/D - Machinery and Equipment		(12,500.00)
A/D - Motor vehicle		(128,992.00)
A/D - Building		(41,253.00)
		<u>342,336.00</u>
Total Property and Equipment		
Other Assets		
		<u>0.00</u>
Total Other Assets		
		<u>0.00</u>
Total Assets		
	\$	<u>500,839.14</u>

LIABILITIES AND CAPITAL

Current Liabilities		
Accounts Payable	\$	72,769.26
Credit Line-Bco Popular		15,326.63
FICA Payable		19,442.61
FUTA Payable		246.93
Sinot Payable		(54.81)
SUTA Payable		54.03
Income Taxes-Retenido		5,891.17
Driver		115.39
Ivu Municipal		295.52
Ivu Estatal		446.00
		<u>114,532.73</u>
Total Current Liabilities		
Long-Term Liabilities		
N/P-BMW-POPULAR LEAS \$1,517.41		50,131.51
N/PJREP-Popular Leas		1,536.86
		<u>51,668.37</u>
Total Long-Term Liabilities		
Total Liabilities		
		<u>166,201.10</u>
Capital		
Common Stock		274,612.00
Retained Earnings		72,074.44
Net Income		(12,048.40)
		<u>334,638.04</u>
Total Capital		
	\$	<u>500,839.14</u>
Total Liabilities & Capital		

Unaudited - For Management Purposes Only

CITICOR EXPRESS-2014-2015

Income Statement

For the Twelve Months Ending December 31, 2014

	Current Month		Year to Date	
Revenues				
Sales	\$ 944,861.13	100.00	\$ 944,861.13	100.00
Total Revenues	<u>944,861.13</u>	<u>100.00</u>	<u>944,861.13</u>	<u>100.00</u>
Cost of Sales				
Cost of Good Sold	<u>773,901.93</u>	<u>81.91</u>	<u>773,901.93</u>	<u>81.91</u>
Total Cost of Sales	<u>773,901.93</u>	<u>81.91</u>	<u>773,901.93</u>	<u>81.91</u>
Gross Profit	<u>170,959.20</u>	<u>18.09</u>	<u>170,959.20</u>	<u>18.09</u>
Expenses				
Salaries - Beg.	5,868.04	0.62	5,868.04	0.62
Ricardo J Guzman Gonzalez	26,785.20	2.83	26,785.20	2.83
MARIEL MARTINEZ GARICA	12,361.26	1.31	12,361.26	1.31
Josc A Rivera Barrios	12,520.82	1.33	12,520.82	1.33
Pedro Zayas Matos	12,361.26	1.31	12,361.26	1.31
MAYWA	14,660.52	1.55	14,660.52	1.55
Fica	6,019.71	0.64	6,019.71	0.64
Sinot Insurance	107.99	0.01	107.99	0.01
SUTA	1,645.00	0.17	1,645.00	0.17
FUTA	246.93	0.03	246.93	0.03
Drivers expenses	23.40	0.00	23.40	0.00
Medical Insurance	2,048.80	0.22	2,048.80	0.22
CFSE-Fondo	3,138.92	0.33	3,138.92	0.33
Insurance	4,994.02	0.53	4,994.02	0.53
Interests	648.54	0.07	648.54	0.07
Bank Charges	10,541.16	1.12	10,541.16	1.12
Property Taxes - Mueble	2,895.88	0.31	2,895.88	0.31
Property Taxes - Real	470.00	0.05	470.00	0.05
Municipal Taxes	1,044.41	0.11	1,044.41	0.11
Permits	450.00	0.05	450.00	0.05
Other Taxes-IVU	4,869.79	0.52	4,869.79	0.52
Rentas Accounting	6,688.00	0.71	6,688.00	0.71
BENYRIS GUZMAN	300.00	0.03	300.00	0.03
LINDA RIVERA	2,467.60	0.26	2,467.60	0.26
ARNALDO LOPEZ	2,221.04	0.24	2,221.04	0.24
Depreciation & Amortization -	4,125.00	0.44	4,125.00	0.44
Maintenance & Repairs - Vehicl	2,253.00	0.24	2,253.00	0.24
Maintenance & Repairs - Office	787.28	0.08	787.28	0.08
Electricity	29,796.75	3.15	29,796.75	3.15
Telephone	1,704.10	0.18	1,704.10	0.18
Water	597.94	0.06	597.94	0.06
Celular	713.57	0.08	713.57	0.08
Advertising	1,620.00	0.17	1,620.00	0.17
Materials and Supplies	6,031.67	0.64	6,031.67	0.64
Total Expenses	<u>183,007.60</u>	<u>19.37</u>	<u>183,007.60</u>	<u>19.37</u>
Net Income	\$ <u>(12,048.40)</u>	<u>(1.28)</u>	\$ <u>(12,048.40)</u>	<u>(1.28)</u>

For Management Purposes Only

OFFICE EXPRESS-2014-2015
Balance Sheet

December 31, 2015

ASSETS

Current Assets		
Cash-Bco. Popular	\$	(1,057.96)
Cash-Bco. Popular.2		529.56
Accounts Receivable- Trade		40,026.60
Accounts Receivable- Cagusa		20,284.34
Inventory		57,455.05
		<u> </u>
Total Current Assets		117,237.59
Property and Equipment		
Machinery and Equipment		12,500.00
Motor vehicle		306,298.00
Building		293,984.93
A/D - Machinery and Equipment		(12,500.00)
A/D - Motor vehicle		(128,992.00)
A/D - Building		(45,378.00)
		<u> </u>
Total Property and Equipment		425,912.93
Other Assets		
		<u> </u>
Total Other Assets		0.00
		<u> </u>
Total Assets	\$	<u>543,150.52</u>

LIABILITIES AND CAPITAL

Current Liabilities		
Accounts Payable	\$	164,139.49
Credit Line-Bco. Popular		25,000.00
FICA Payable		4,060.37
FUTA Payable		456.93
Sinot Payable		51.10
SUTA Payable		683.19
Income Taxes-Retenido		920.48
Driver		62.40
Ivu Municipal		114.15
		<u> </u>
Total Current Liabilities		195,488.11
Long-Term Liabilities		
N/P-BMW-POPULAR LEAS \$1,517.41		<u>33,386.00</u>
Total Long-Term Liabilities		<u>33,386.00</u>
Total Liabilities		228,874.11
Capital		
Common Stock		274,612.00
Retained Earnings		41,767.80
Net Income		(2,103.39)
		<u> </u>
Total Capital		<u>314,276.41</u>
Total Liabilities & Capital	\$	<u>543,150.52</u>

Unaudited - For Management Purposes Only

OFFICE EXPENSES-2014-2015

Income Statement

For the Twelve Months Ending December 31, 2015

	Current Month		Year to Date	
Revenues				
Sales	\$ 684,896.76	99.98	\$ 684,896.76	99.98
Interests Income	152.74	0.02	152.74	0.02
Total Revenues	685,049.50	100.00	685,049.50	100.00
Cost of Sales				
Cost of Good Sold	512,291.54	74.78	512,291.54	74.78
Total Cost of Sales	512,291.54	74.78	512,291.54	74.78
Gross Profit	172,757.96	25.22	172,757.96	25.22
Expenses				
Ricardo J Guzman Gonzalez	27,384.65	4.00	27,384.65	4.00
MARIEL MARTINEZ GARICA	8,867.24	1.29	8,867.24	1.29
Jose A. Rivera Barrios	10,588.49	1.55	10,588.49	1.55
Pedro Zayas Matos	11,899.13	1.74	11,899.13	1.74
MAYWA	14,288.57	2.09	14,288.57	2.09
Fica	5,658.52	0.83	5,658.52	0.83
Shot Insurance	98.42	0.01	98.42	0.01
SUTA	1,197.13	0.17	1,197.13	0.17
FUTA	210.00	0.03	210.00	0.03
Drivers expenses	46.80	0.01	46.80	0.01
Medical Insurance	472.80	0.07	472.80	0.07
CFSE-Fondo	2,824.28	0.41	2,824.28	0.41
Insurance	18,851.76	2.75	18,851.76	2.75
Bank Charges	13,079.83	1.91	13,079.83	1.91
Property Taxes - Mueble	1,226.91	0.18	1,226.91	0.18
Municipal Taxes	3,163.23	0.46	3,163.23	0.46
Rentas Accounting	2,750.00	0.40	2,750.00	0.40
LINDA RIVERA	10,021.04	1.46	10,021.04	1.46
ARNALDO LOPEZ	5,210.48	0.76	5,210.48	0.76
BRENDA RIVERA RODRIGUEZ	851.90	0.12	851.90	0.12
Depreciation & Amortization -	4,125.00	0.60	4,125.00	0.60
Maintenance & Repairs - Vehicl	4,035.75	0.59	4,035.75	0.59
Maintenance & Repairs - Office	242.50	0.04	242.50	0.04
Electricity	16,093.97	2.35	16,093.97	2.35
Telephone	1,766.35	0.26	1,766.35	0.26
Celular	750.53	0.11	750.53	0.11
Waste	16.02	0.00	16.02	0.00
Materials and Supplies	8,071.05	1.18	8,071.05	1.18
IVU-Levante mercancia	1,069.00	0.16	1,069.00	0.16
Total Expenses	174,861.35	25.53	174,861.35	25.53
Net Income	\$ (2,103.39)	(0.31)	\$ (2,103.39)	(0.31)

For Management Purposes Only

OFFICES EXPRESS SUPPLY, INC.

Statements of Cash Flow

For the five month period from January 1, 2016 to May 31, 2016

	January	February	March	April	May	Totals
A. CASH AT BEGINNING OF PERIOD	(452)	91	1,110	(480)	847	(452)
B. RECEIPTS:						
Cash received from customers	\$ 21,784	\$ 19,862	\$ 12,388	\$ 15,950	\$ 10,942	\$ 80,926
Cash received from Credit Line	609	1,283	4,067	6,289	1,864	24,112
C. TOTAL RECEIPTS	\$ 22,393	\$ 21,145	\$ 16,455	\$ 22,239	\$ 12,806	\$ 105,038
TOTAL CASH AVAILABLE FOR						
D. OPERATION	22,393	31,145	16,455	22,239	12,806	105,038
E. DISBURSEMENT:						
1. Net Payroll	4,720	7,529	5,793	4,342	3,952	26,336
2. Payroll Taxes Paid	-	-	-	-	-	-
3. Sales Use Taxes	305	107	220	1,152	164	1,952
4. Bank Charge	680	311	255	581	527	2,354
5. Interest	185	399	307	125	143	1,159
6. Insurance	78	1,180	79	2,222	40	3,559
7. Telephone	237	237	835	-	807	2,116
8. Utilities	1,715	1,298	1,214	820	950	5,997
9. Accounting fee	-	200	-	-	-	200
10. Vehicle Expenses	474	1,018	60	-	150	1,702
11. Offices Supplies	-	-	-	-	-	-

OFFICES EXPRESS SUPPLY, INC.

Statements of Cash Flow

For the five month period from January 1, 2016 to May 31, 2016

12. Meals	-	177	-	-	-	177
13. Payment-Credit Line	4,658	8,198	3,743	5,713	1,834	24,146
14. Payment-Note Payable	2,517	1,500	-	-	-	4,017
15. Payment-Suppliers	6,277	7,972	5,579	5,957	5,086	30,871
1. TOTAL CASH DISBURSEMENT	\$ 21,850	\$ 30,126	\$ 18,045	\$ 20,912	\$ 13,653	\$ 104,586
6. ENDING CASH BALANCE	91	1,119	(480)	847	-	-

OFFICE EXPRESS SUPPLY, INC.
Projected Statements of Operations

For the six month period from July 1, 2016 to December 31, 2016

	July	August	September	October	November	December	Totals
Revenues:							
Sales	\$ 35,500	\$ 36,210	\$ 36,934	\$ 37,500	\$ 38,250	\$ 39,015	\$ 223,409
Total revenue	\$ 35,500	\$ 36,210	\$ 36,934	\$ 37,500	\$ 38,250	\$ 39,015	\$ 223,409
Cost of Revenue (Purchases)	23,075	23,537	24,007	24,375	24,863	25,360	145,216
Gross Profit	\$ 12,425	\$ 12,674	\$ 12,927	\$ 13,125	\$ 13,388	\$ 13,655	\$ 78,193
Operating Expenses:							
Payroll	4,200	4,200	4,400	4,600	4,750	4,850	27,000
Payroll Taxes	498	498	521	545	563	575	3,200
Sales/Use Taxes	1,305	1,331	1,357	1,378	1,406	1,434	8,210
Bank Charge	350	350	350	350	350	350	2,100
Interest	230	230	230	230	230	230	1,380
Insurance	375	375	375	375	375	375	2,250
Utilities	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	7,200
Telephone	425	425	425	425	425	425	2,550
Vehicle Expenses	340	340	340	340	340	340	2,040
Accounting Fee	400	400	400	400	400	400	2,400
Municipal tax	107	109	111	113	115	117	670
Property tax	250	250	250	250	250	250	1,500
Total operating expenses	\$ 9,679	\$ 9,707	\$ 9,950	\$ 10,206	\$ 10,403	\$ 10,546	\$ 16,360
Net income from operations	\$ 2,746	\$ 2,966	\$ 2,967	\$ 2,919	\$ 2,984	\$ 3,110	\$ 61,833

United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico

In re OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

Debtor(s)

Case No.

Chapter 11

DISCLOSURE OF COMPENSATION OF ATTORNEY FOR DEBTOR(S)

1. Pursuant to 11 U.S.C. § 329(a) and Fed. Bankr. P. 2016(b), I certify that I am the attorney for the above named debtor(s) and that compensation paid to me within one year before the filing of the petition in bankruptcy, or agreed to be paid to me, for services rendered or to be rendered on behalf of the debtor(s) in contemplation of or in connection with the bankruptcy case is as follows:

Table with 3 rows: For legal services, I have agreed to accept; Prior to the filing of this statement I have received; Balance Due. Columns include dollar sign and amount 0.00.

2. The source of the compensation paid to me was:

Debtor Other (specify):

3. The source of compensation to be paid to me is:

Debtor Other (specify):

4. I have not agreed to share the above-disclosed compensation with any other person unless they are members and associates of my law firm.

I have agreed to share the above-disclosed compensation with a person or persons who are not members or associates of my law firm. A copy of the agreement, together with a list of the names of the people sharing in the compensation is attached.

5. In return for the above-disclosed fee, I have agreed to render legal service for all aspects of the bankruptcy case, including:

- a. Analysis of the debtor's financial situation, and rendering advice to the debtor in determining whether to file a petition in bankruptcy;
b. Preparation and filing of any petition, schedules, statement of affairs and plan which may be required;
c. Representation of the debtor at the meeting of creditors and confirmation hearing, and any adjourned hearings thereof;
d. [Other provisions as needed]

Negotiations with secured creditors to reduce to market value; exemption planning; preparation and filing of reaffirmation agreements and applications as needed; preparation and filing of motions pursuant to 11 USC 522(f)(2)(A) for avoidance of liens on household goods.

6. By agreement with the debtor(s), the above-disclosed fee does not include the following service:

Representation of the debtors in any dischargeability actions, judicial lien avoidances, relief from stay actions or any other adversary proceeding.

CERTIFICATION

I certify that the foregoing is a complete statement of any agreement or arrangement for payment to me for representation of the debtor(s) in this bankruptcy proceeding.

July 1, 2016

Date

/s/ JORGE R COLLAZO USDC-PR

JORGE R COLLAZO USDC-PR 127203

Signature of Attorney

JORGE R COLLAZO LAW FIRM

PO BOX 1494

COAMO, PR 00769

787-825-7161 Fax: 787-825-7122

coa@prtc.net

Name of law firm

**United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico**

In re **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

Debtor(s)

Case No.

Chapter **11**

LIST OF EQUITY SECURITY HOLDERS

Following is the list of the Debtor's equity security holders which is prepared in accordance with rule 1007(a)(3) for filing in this Chapter 11 Case

Name and last known address or place of business of holder	Security Class	Number of Securities	Kind of Interest
------------------------------------------------------------	----------------	----------------------	------------------

-NONE-

DECLARATION UNDER PENALTY OF PERJURY ON BEHALF OF CORPORATION OR PARTNERSHIP

I, the **PRESIDENT** of the corporation named as the debtor in this case, declare under penalty of perjury that I have read the foregoing List of Equity Security Holders and that it is true and correct to the best of my information and belief.

Date **July 1, 2016**

Signature **/s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ
RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ**

*Penalty for making a false statement of concealing property: Fine of up to \$500,000 or imprisonment for up to 5 years or both.
18 U.S.C. §§ 152 and 3571.*

**United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico**

In re OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

Debtor(s)

Case No.

Chapter

11

VERIFICATION OF CREDITOR MATRIX

I, the PRESIDENT of the corporation named as the debtor in this case, hereby verify that the attached list of creditors is true and correct to the best of my knowledge.

Date: July 1, 2016

/s/ RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ

RICARDO JOSE GUZMAN GONZLEZ/PRESIDENT

Signer/Title

OFFICE EXPRESS SUPPLY INC
4 MUNOZ RIVERA STREET
VILLALBA, PR 00766

C LINE PRODUCTS INC
1100 E BUSINESS CENTER DR
MOUNT PROSPECT, IL 60056-6053

IRS
KANSAS CITY, MO 64999-0202

JORGE R COLLAZO USDC-PR
JORGE R COLLAZO LAW FIRM
PO BOX 1494
COAMO, PR 00769

CHART PAK
PO BOX 847049
BOSTON, MA 02284-7049

JOSE RODRIGUEZ
PO BOX 9656
SAN JUAN, PR 00908

ALMACENES DIPINO
PO BOX 7322
PONCE, PR 00732

CORP FONDO SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028
SAN JUAN, PR 00936-5028

JULIO E RAMOS INC
PO BOX 31220
SAN JUAN, PR 00920-2220

AM CAPEN'S CO INC
1255 LIBERTY AVENUE
HILLSIDE, NJ 07205

CRIM
PO BOX 195387
SAN JUAN, PR 00919-3587

KODE TECHNOLOGIES PUERTO RICO
698 CALLE B SUITE 1
URB IND DR MARIO JULIA
SAN JUAN, PR 00920

AMERICAN COLORS INC
PO BOX 367683
SAN JUAN, PR 00936-7683

DEPARTAMENTO DE HACIENDA
DIVISION DE QUIEBRA
PO BOX 9024140
SAN JUAN, PR 00902-4140

MORS
ANDALUCIA 762
SAN JUAN, PR 00921

AMERICAN EXPRESS
PO BOX 1270
NEWARK, NJ 07101-1270

EXECUTIVE ADVERTISING
HC 06 BOX 10350
GUAYNABO, PR 00971

NORCOM
1808 PAYSHERE CIRCLE
CHICAGO, IL 60674

AMERICAN PAPER CORP
AMELIA IND PARK
26 B CALLE EMMA STE 1
00968-8007

FELLOWES
PO BOX 98630
CHICAGO, IL 60693-8630

PAREDES AND CIA INC
PO BOX 9023213-3213
SAN JUAN, PR 00902-3213

ARCHILLA PAPER
PO BOX 364253
SAN JUAN, PR 00936

GARRIGA PAPER
PO BOX 364862
SAN JUAN, PR 00936-4862

PIÑERO Y LARA
PO BOX 70171
SAN JUAN, PR 00936-8171

BPPR
PO BOX 71375
SAN JUAN, PR 00936

HART DISTRIBUTORS
PMB 428 PO
PO BOX 94000
COROZAL, PR 00783

PM FURNITURE INC
PO BOX 366998
SAN JUAN, PR 00936-6998

PRECISION INSTRUMENTS
GARDEN HILLS PLAZA MSC 280 #1353 CARR 19
GUAYNABO, PR 00966-2700

RODANES AGENCIES
PO BOX 366301
AVENIDA AMERICO MIRANDA 1127-C
SAN JUAN, PR 00936-6301

SARGENT ART
100 EAST DIAMOND AVENUE
HAZLETON, PA 18201

THE QUICK TRADING INC
8871-NW 102 STREET
MIAMI, FL 33178

TOPS PRODUCTS
PO BOX 774540
CHICAGO, IL 60677-4005

WM WHOLESALERS INC
PO BOX 8829
HUMACAO, PR 00792

**United States Bankruptcy Court
District of Puerto Rico**

In re OFFICE EXPRESS SUPPLY INC

Debtor(s)

Case No.

Chapter 11

CORPORATE OWNERSHIP STATEMENT (RULE 7007.1)

Pursuant to Federal Rule of Bankruptcy Procedure 7007.1 and to enable the Judges to evaluate possible disqualification or recusal, the undersigned counsel for OFFICE EXPRESS SUPPLY INC in the above captioned action, certifies that the following is a (are) corporation(s), other than the debtor or a governmental unit, that directly or indirectly own(s) 10% or more of any class of the corporation's(s') equity interests, or states that there are no entities to report under FRBP 7007.1:

None [*Check if applicable*]

July 1, 2016

Date

/s/ JORGE R COLLAZO USDC-PR

JORGE R COLLAZO USDC-PR 127203

Signature of Attorney or Litigant

Counsel for **OFFICE EXPRESS SUPPLY INC**

JORGE R COLLAZO LAW FIRM

PO BOX 1494

COAMO, PR 00769

787-825-7161 Fax:787-825-7122

coa@prtc.net