

Año Fiscal:

Preparado Por:

Informacion General	Nombre del Propietario:	Seguro Social o Tax ID:
	Tipo de Negocio o Profesión:	IRS Code:
	Nombre del Negocio, si difiere del nombre del propietario:	Núm. Identificación Federal:
	Dirección:	Ciudad, Estado y Código Postal:

Inicio del negocio: _____ Usted o algún familiar tuvo Covid 19 Si No

¿Trabajó usted activamente en el negocio durante el año? Si No

Método Contable: Efectivo Acumulado Otro (especificar) _____

Método de Valoración de Inventario: (Si <input type="checkbox"/> <i>Aplica</i>)	Costo <input type="checkbox"/>	Valor de Mercado <input type="checkbox"/>	Otro (especificar) _____
--	--------------------------------	---	--------------------------

Ingresos	Ingresos Brutos	
	Devoluciones / Descuentos	
	Otros Ingresos	
Total		

Descripción de Gastos	Monto
Publicidad	
Gastos de Vehículo (<i>Ver Anexo</i>)	
Comisiones	
Subcontratistas (<i>Ver Anexo</i>)	
Depreciación y Sección 179 (<i>Ver Anexo</i>)	
Beneficios a Empleados	
Seguro de Responsabilidad Civil, W.C.o	
Poliza Grupal de Empleados	
Intereses	
Hipotecas	
Servicios Legales	
Servicios de Contabilidad	
Servicios de Profesionales	
Gastos de Oficina	
Otros gastos	
Total	

Descripción de Gastos	Monto
Aportes a Pensiones/Planes de Retiro	
Renta	
Renta de Equipo, maquinaria, Vehículo	
Reparaciones y Mantenimiento	
Materiales/ Herramientas menores	
Impuestos y licencias	
Viaje: Transporte	
Comida & Hotel	
Comidas (50%)	
Servicios (Gas, agua y electricidad)	
Salarios/Impuestos de Nómina	
Otro Gastos	Teléfono o Celular
	Gastos Bancarios
	Regalos
	Uniformes
	Labor Casual

Testifico que toda la información contenida en esta planilla es cierta y correcta según mi entendimiento

(Firma del contribuyente)

Fecha