



IMPUESTO A LAS
GANANCIAS
REGIMEN DE
RETENCION
Sueldos, Jubilaciones, etc.

DECLARACION JURADA
En pesos con ctvs.

Sello fechador de recepción

F.649 2014

ORIGINAL ☒

RECTIFICATIVA ☐

Legajo
800795

Clave Única de Identificación Tributaria:

Código Único de Identificación Laboral:
27-13.254.220-7

Apellido y Nombres del Beneficiario:

RUIZ, ESTHER FELIPA

Domicilio - Calle:

LA PAMPA

NUMERO PISO OPTO

1471

Localidad:

NEUQUEN

Provincia:

Código Postal

8300

Dependencia DGI en la que se halla inscripto:

USO
DGI

CODIGO

DATOS DEL AGENTE DE RETENCION

Apellido y Nombres o Razón Social:

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y
OBRAS PÚBLICAS

Clave Única de Identificación Tributaria:

30-70.751.909-2

Pagos Extraord. (4)

SI

NO

Dependencia DGI en la que se encuentra inscripto:

Neuquén

USO
DGI

CODIGO

ESTA DECLARACION JURADA DEBERA SER CONFECCIONADA POR EL AGENTE DE RETENCION, CONFORME LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION GENERAL NRO. 4139 Y DEBERA SER PRESENTADA CUANDO EL IMPORTE DEL RUBRO 3 DE ESTE FORMULARIO SEA IGUAL O SUPERIOR AL IMPORTE QUE A DICHS EFECTOS, ESTABLECE EL ART.21 DE LA MISMA.

LIQUIDACION: ANUAL/FINAL (1) Comprendida entre el 01/01/14 y el 31/12/14

Rub.	Inc.	DETERMINACION DE LA GANANCIA NETA Y LIQUIDACION DEL IMPUESTO	COD	IMPORTES
1		IMPORTE BRUTO DE LAS GANANCIAS		
	a	Liquidadas por la entidad que actúa como agente de retención	019	770,733.55
	b	Liquidadas por otras personas o entidades		
		Apellido y Nombres o denominación y domicilio	Nro. de C.U.I.T.	
			027	0.00
			035	0.00
			043	0.00
			078	0.00
		TOTALES DEL RUBRO 1	094	770,733.55
2		DEDUCCIONES Y DESGRAVACIONES		
	a	Aportes Jubilatorios	116	88,360.99
	b	Aportes para obras sociales y cuotas médico asistenciales (total del rubro 11)	124	44,712.15
	c	Primas de seguro para el caso de muerte (total del rubro 12)	132	112.20
	d	Gastos de sepelio (total del rubro 13)	140	0.00
	e	Gastos estimativos de corredores y viajantes de comercio (movilidad, etc.)	159	0.00
	f	Otras deducciones (total del rubro 15)	167	20,217.60
		TOTAL DEL RUBRO 2 (suma de los incisos a) al f)	175	153,402.94
3		RESULTADO NETO (Diferencia entre el rubro 1 y el rubro 2)	183	617,330.61
4		DONACIONES (Hasta el límite del 5% del rubro 3)	191	0.00
5		DIFERENCIA (Rubro 3 menos rubro 4)	205	617,330.61
6		DEDUCCION ESPECIAL, GANANCIAS NO IMPONIBLES Y CARGAS DE FAMILIA		
	a	Deducción especial	213	553,862.64
	b	Ganancia no imponible	221	20,217.60
	c	Cargas de familia (6)		
		Cónyuge	256	0.00
		Hijos	264	0.00
		Otras cargas	272	0.00
		TOTALES DEL RUBRO 6 (suma de los incisos a), b) y c))	302	574,080.24
7		GANANCIAS NETAS SUJETAS A IMPUESTO (diferencia entre el rubro 5 y 6)	310	43,250.37
8		TOTAL DEL IMPUESTO DETERMINADO	329	7,247.58
9		MONTOS COMPUTABLES		
	a	Retenciones efectuadas en el período fiscal que se liquida	345	6,417.83
	b	Regímenes de promoción (Rebaja de Impuesto, Diferimiento u otros)	353	0.00
		TOTALES DEL RUBRO 9 (suma de los incisos a) y b))	361	6,417.83
10		SALDO DEL IMPUESTO (Diferencia entre el rubro 8 y rubro 9)		
	a	A favor D.G.I.	388	829.75
	b	A favor Beneficiario	393	0.00
		O sea pesos		

Rub	Inc	DETERMINACION COMPLEMENTARIA				COD	IMPORTES	
11		CUOTAS MEDICO ASISTENCIALES						
		Denominación y domicilio de la empresa asistencial		Nro. de C.U.I.T.				
	a					418	0.00	
	b					426	0.00	
		Total del rubro 11				434	0.00	
12		PRIMAS DE SEGURO						
		Denominación y domicilio de la Cia.Aseguradora		Nro. de C.U.I.T.				
	a					507	0.00	
	b	Total del rubro 12				515	0.00	
13		GASTOS DE SEPELIO						
		Denominación y domicilio de la Empresa	Nro. de C.U.I.T.	Gasto Total	Importe Diferido			
	a					604	0.00	
	b					612	0.00	
		Total del rubro 13				620	0.00	
14		DONACIONES						
		Entidad Beneficiaria y domicilio	Nro. de C.U.I.T.	Importe Total	Importe Diferido			
	a					701	0.00	
	b					728	0.00	
		Total del rubro 14				736	0.00	
15		OTRAS DEDUCCIONES						
		Norma Legal y concepto			Monto Total			
	a	CARRIZO JUANA ROSA	27149495210			809	23.250.00	
	b					817	0.00	
	c					825	0.00	
		Total del rubro 15 (suma de los inc. a), b) y c)				833	23.250.00	

OBSERVACIONES

Item 4: Contiene DONACIONES, SERVICIOS MEDICOS Y OBRA SOCIAL PRIVADA

El que suscribe, en su carácter de (2)..... de la entidad que actúa como agente de retención, declara bajo juramento que para el cálculo de las retenciones relativas al período fiscal..... han sido consideradas las normas legales, reglamentarias y complementarias en vigencia.	Lugar y fecha:
	Firma y sello del agente de retención:
A los efectos de cumplimentar lo dispuesto por el artículo 6 de la Resolución General Nro..... el día..... del mes de reintegraré al agente de retención el original y una copia (3) debidamente suscriptas.	Firma del beneficiario:
Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado la presente sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.	Lugar y fecha:
	Firma del beneficiario:

(1) Testar lo que no corresponda.

(2) Presidente, gerente u otro responsable.

(3) Testar cuando no corresponda.

(4) Marcar con x el cuadro que corresponda.