

|  |                                  |  |      |   |     |      |   |     |
|--|----------------------------------|--|------|---|-----|------|---|-----|
|  |                                  | <b>COMPROBANTE DE RETENCIONES EN LA FUENTE DEL IMPUESTO A LA RENTA<br/>POR INGRESOS DEL TRABAJO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA</b> |      |   |     |      | No. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"></span> |     |
| FORMULARIO 107   | EJERCICIO FISCAL                 | 102  | 2019 | FECHA DE ENTREGA  | 103 | AÑO  | MES   | DÍA |
|  |                                  |  |      |   |     | 2020 | 1   | 14  |
| 100 Identificación del Empleador (Agente de Retención)                           |                                  |  |      |   |     |      |   |     |
| 105  | RUC<br>1790412113001             |  | 106  | RAZÓN SOCIAL O APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS<br>CONJUNTO CLINICO NACIONAL CONCLINA CA |     |      |   |     |
| 200 Identificación del Trabajador (Contribuyente)                                |                                  |  |      |   |     |      |   |     |
| 201  | CÉDULA O PASAPORTE<br>1803934791 |  | 202  | APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS<br>VILLEGAS IPIALES MERCEDES CAROLINA                   |     |      |   |     |

|   |     |   |           |
|---|-----|---|-----------|
| Liquidación del Impuesto  |     |   |           |
| SUELDO Y SALARIOS   | 301 | + | 27.900,00 |
| SOBRESUELDOS, COMISIONES, BONOS Y OTROS INGRESOS GRAVADOS   | 303 | + | 3.896,13  |
| PARTICIPACIÓN UTILIDADES  | 305 | + | 676,48    |
| INGRESOS GRAVADOS GENERADOS CON OTROS EMPLEADORES   | 307 | + | 0,00      |
| DÉCIMO TERCER SUELDO  | 311 |   | 2.591,30  |
| DÉCIMO CUARTO SUELDO  | 313 |   | 394,00    |
| FONDO DE RESERVA  | 315 |   | 2.649,67  |
| OTROS INGRESOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA QUE NO CONSTITUYEN RENTA GRAVADA                          | 317 |   | 0,00      |
| (-) APOORTE PERSONAL IESS CON ESTE EMPLEADOR (únicamente pagado por el trabajador)                  | 351 | - | 3.004,73  |
| (-) APOORTE PERSONAL IESS CON OTROS EMPLEADORES (únicamente pagado por el trabajador)               | 353 | - | 0,00      |
| (-) DEDUCCIÓN GASTOS PERSONALES - VIVIENDA  | 361 | - | 1.200,00  |
| (-) DEDUCCIÓN GASTOS PERSONALES - SALUD   | 363 | - | 3.240,00  |
| (-) DEDUCCIÓN GASTOS PERSONALES - EDUCACIÓN - ARTE Y CULTURA  | 365 | - | 1.000,00  |
| (-) DEDUCCIÓN GASTOS PERSONALES - ALIMENTACIÓN  | 367 | - | 3.675,75  |
| (-) DEDUCCIÓN GASTOS PERSONALES - VESTIMENTA  | 369 | - | 3.675,75  |
| (-) EXONERACIÓN POR DISCAPACIDAD  | 371 | - | 0,00      |
| (-) EXONERACIÓN POR TERCERA EDAD  | 373 | - | 0,00      |
| IMPUESTO A LA RENTA ASUMIDO POR ESTE EMPLEADOR  | 381 | + | 0,00      |
| BASE IMPONIBLE GRAVADA<br>301+303+305+307-351-353-361-363-365-367-369-371-373+381 mayor o igual a 0 | 399 | = | 16.676,38 |
| IMPUESTO A LA RENTA CAUSADO   | 401 | = | 381,64    |
| VALOR DEL IMPUESTO RETENIDO Y ASUMIDO POR OTROS EMPLEADORES DURANTE EL PERÍODO DECLARADO            | 403 |   | 0,00      |
| VALOR DEL IMPUESTO ASUMIDO POR ESTE EMPLEADOR   | 405 |   | 0,00      |
| VALOR DEL IMPUESTO RETENIDO AL TRABAJADOR POR ESTE EMPLEADOR  | 407 |   | 381,64    |
| INGRESOS GRAVADOS CON ESTE EMPLEADOR (informativo)<br>301+303+305+381                               | 349 | = | 32.472,61 |

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <b>IMPORTANTE: Sírvase leer cada una de las siguientes instrucciones.</b>   |                                    |   |
| 1.- El trabajador que, en el mismo período fiscal haya reiniciado su actividad con otro empleador, estará en la obligación de entregar el formulario 107 entregado por su anterior empleador a su nuevo empleador, para que aquel, efectúe el cálculo de las retenciones a realizarse en lo que resta del año.  |                                    |   |
| 2.- El campo 307 deberá ser llenado con la información registrada en el campo 349 del Formulario 107 entregado por el anterior empleador, y/o con la proyección de ingresos de otros empleadores actuales, en caso de que el empleador que registra y entrega el presente formulario haya efectuado la retención por los ingresos percibidos con éstos últimos.   |                                    |   |
| 3.- La deducción total por gastos personales no deberá superar el 50% del total de ingresos gravados, y en ningún caso será mayor al equivalente a 1.3 veces la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta de personas naturales.  |                                    |   |
| 4.- Debe considerarse como cuantía máxima para cada tipo de gasto, el monto equivalente a la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta en: vivienda 0.325 veces, educación 0.325 veces, alimentación 0.325 veces, vestimenta 0.325 y salud 1.3 veces.   |                                    |   |
| 5.- Para Galápagos debe considerarse como cuantía máxima para cada tipo de gasto, el monto equivalente a la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta en: vivienda 0.586 veces; educación 0.586 veces; alimentación 0.586 veces; vestimenta 0.586 y salud 2.344 veces. La deducción total por gastos personales en estos casos, no deberá superar el 50% del total de ingresos gravados, y en ningún caso será mayor al equivalente a 2.344 veces la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta de personas naturales.   |                                    |   |
| 6.- El trabajador deberá presentar al SRI el Anexo de Gastos Personales que deduzca, cuando sus gastos personales deducibles superen el 50% de la fracción básica desgravada de Impuesto a la Renta vigente para el ejercicio impositivo al que corresponda este formulario (campo 102).  |                                    |   |
| 7.- Los gastos de salud por enfermedades catastróficas, raras o huérfanas debidamente certificadas o avaladas por la autoridad sanitaria nacional competente, serán reconocidos para su deducibilidad hasta en un valor equivalente a dos (2) fracciones básicas gravadas con tarifa cero de Impuesto a la Renta de personas naturales.   |                                    |   |
| 8.- El beneficio de la exoneración por tercera edad se configura a partir del ejercicio en el cual el beneficiario cumpla los 65 años de edad. A partir del ejercicio fiscal 2017, el monto de la exoneración será el equivalente al monto de la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta.   |                                    |   |
| 9.- Conforme lo dispuesto en la Ley Orgánica de Discapacidades el monto de la exoneración por discapacidad será el equivalente al doble de la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta y según el porcentaje de discapacidad.  |                                    |   |
| 10.- Las exoneraciones por discapacidad y por tercera edad no podrán aplicarse simultáneamente para un mismo trabajador; en esos casos se podrá aplicar la exención más beneficiosa para el trabajador.   |                                    |   |
| 11.- El presente formulario constituye la declaración de Impuesto a la Renta del trabajador, siempre que durante el período declarado la persona únicamente haya prestado sus servicios en relación de dependencia con el empleador que entrega este formulario, y no existan valores de gastos personales que deban ser reliquidados. En caso de pérdida de este documento el trabajador deberá solicitar una copia a su empleador, sin embargo también podrá obtener la información de este formulario a través de la página web <a href="http://www.sri.gob.ec">www.sri.gob.ec</a> .<br>Por el contrario, el trabajador deberá presentar obligatoriamente su declaración de Impuesto a la Renta cuando haya obtenido rentas en relación de dependencia con dos o más empleadores o haya recibido además de su remuneración ingresos de otras fuentes como por ejemplo: rendimientos financieros, arrendamientos, ingresos por el libre ejercicio profesional, u otros ingresos, los cuales en conjunto superen la fracción básica exenta de Impuesto a la Renta de personas naturales, o cuando tenga que reliquidar gastos personales con aquellos efectivamente incurridos, teniendo presente los límites referidos. |                                    |   |
| DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTOS Y VERDADEROS, POR LO QUE ASUMO LA RESPONSABILIDAD LEGAL QUE DE ELLA SE DERIVEN (Art. 101 de la L.R.T.I.)   |                                    |   |
| FIRMA DEL AGENTE DE RETENCIÓN   | FIRMA DEL TRABAJADOR CONTRIBUYENTE | FIRMA DEL CONTADOR  |
|    |                                    |  |
|   | 199                                | RUC CONTADOR<br>1716534167001   |