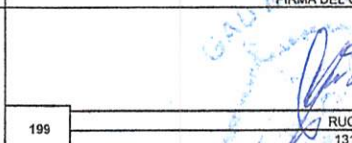


Período Fiscal	2025	Fecha de entrega	21-01-2026
Identificación del Empleador (Agente de Retención)			
RUC	1360003220001		
Razón social o apellidos y nombres completos	GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON OLMED		
Identificación del Trabajador (Contribuyente)			
Apellidos y nombres completos	MIELES LOOR JAVIER PAOLO		
Cédula o Pasaporte	1307728822		

Liquidación del Impuesto			
SUELDOS, SALARIOS Y OTROS INGRESOS GRAVADOS DE IMPUESTO A LA RENTA (MATERIA GRAVADA DE LA SEGURIDAD SOCIAL)	301	+	27.048,00
OTROS INGRESOS GRAVADOS DE IMPUESTO A LA RENTA (MATERIA NO GRAVADA DE LA SEGURIDAD SOCIAL)	303	+	0,00
PARTICIPACIÓN UTILIDADES	305	+	0,00
INGRESOS GRAVADOS GENERADOS CON OTROS EMPLEADORES	307	+	0,00
DÉCIMO TERCER SUELDO	311		2.254,00
DÉCIMO CUARTO SUELDO	313		470,00
FONDO DE RESERVA	315		2.253,12
OTROS INGRESOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA QUE NO CONSTITUYEN MATERIA GRAVADA DE IMPUESTO A LA RENTA	317		0,00
(-) APOORTE PERSONAL A LA SEGURIDAD SOCIAL CON ESTE EMPLEADOR (únicamente pagado por el trabajador), APORTES PERSONALES A LAS CAJAS MILITAR O POLICIAL PARA FINES DE RETIRO O CESANTÍA	351	-	3.096,96
(-) APOORTE PERSONAL A LA SEGURIDAD SOCIAL CON OTROS EMPLEADORES (únicamente pagado por el trabajador)	353	-	0,00
GASTOS PERSONALES - VIVIENDA (Informativo)	361		0,00
GASTOS PERSONALES - TURISMO (Informativo)	362		0,00
GASTOS PERSONALES - SALUD (Informativo)	363		0,00
GASTOS PERSONALES - EDUCACIÓN - ARTE Y CULTURA (Informativo)	365		0,00
GASTOS PERSONALES - ALIMENTACIÓN (Informativo)	367		0,00
GASTOS PERSONALES - VESTIMENTA (Informativo)	369		0,00
(-) 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 (301+303+305+307-351-353-361-363-365-367-369-371-373+381 mayor o igual a 0)	399	=	23.951,04
IMPUESTO A LA RENTA CAUSADO	401	=	1.100,76
REBAJA POR GASTOS PERSONALES	402	=	0,00
IMPUESTO A LA RENTA DESPUÉS DE LA REBAJA	403	=	1.100,76
VALOR DEL IMPUESTO RETENIDO Y ASUMIDO POR OTROS EMPLEADORES DURANTE EL PERÍODO DECLARADO	404		0,00
VALOR DEL IMPUESTO ASUMIDO POR ESTE EMPLEADOR	405		0,00
VALOR DEL IMPUESTO RETENIDO AL TRABAJADOR POR ESTE EMPLEADOR	407		1.100,76
INGRESOS GRAVADOS CON ESTE EMPLEADOR (informativo) 301+303+305+361	349	=	27.048,00

IMPORTANTE: Sírvase leer cada una de las siguientes instrucciones.

- 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.- Deben presentar la información relativa a los gastos personales, las personas naturales que hagan uso de la rebaja por sus gastos personales de su Impuesto a la Renta causado, inclusive aquellas que se encuentren en relación de dependencia.
- 4.- 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.
- 5.- 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.
- 6.- 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.
- 7.- 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 www.sri.gob.ec. 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.
- 8.- Para establecer el monto máximo de la rebaja de su Impuesto a la Renta causado por sus gastos personales se deberán observar las reglas establecidas en el segundo artículo innumerado incorporado a continuación del artículo 10 de la Ley de Régimen Tributario Interno. Cuando corresponda, para el Régimen Especial de la Provincia de Galápagos se deberá observar el cálculo diferenciado previsto en el artículo 34 del Reglamento para la Aplicación de la Ley de Régimen Tributario Interno.

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 1311761900001

GENERAL INFORMATION		SPECIFICATIONS	
1. NAME	2. ADDRESS	3. CITY	4. STATE
5. ZIP	6. PHONE	7. FAX	8. E-MAIL
9. TITLE	10. POSITION	11. DEPARTMENT	12. ORGANIZATION
13. DATE	14. TIME	15. LOCATION	16. METHOD
17. RESULTS	18. COMMENTS	19. SIGNATURE	20. DATE
21. NAME	22. ADDRESS	23. CITY	24. STATE
25. ZIP	26. PHONE	27. FAX	28. E-MAIL
29. TITLE	30. POSITION	31. DEPARTMENT	32. ORGANIZATION
33. DATE	34. TIME	35. LOCATION	36. METHOD
37. RESULTS	38. COMMENTS	39. SIGNATURE	40. DATE
41. NAME	42. ADDRESS	43. CITY	44. STATE
45. ZIP	46. PHONE	47. FAX	48. E-MAIL
49. TITLE	50. POSITION	51. DEPARTMENT	52. ORGANIZATION
53. DATE	54. TIME	55. LOCATION	56. METHOD
57. RESULTS	58. COMMENTS	59. SIGNATURE	60. DATE
61. NAME	62. ADDRESS	63. CITY	64. STATE
65. ZIP	66. PHONE	67. FAX	68. E-MAIL
69. TITLE	70. POSITION	71. DEPARTMENT	72. ORGANIZATION
73. DATE	74. TIME	75. LOCATION	76. METHOD
77. RESULTS	78. COMMENTS	79. SIGNATURE	80. DATE
81. NAME	82. ADDRESS	83. CITY	84. STATE
85. ZIP	86. PHONE	87. FAX	88. E-MAIL
89. TITLE	90. POSITION	91. DEPARTMENT	92. ORGANIZATION
93. DATE	94. TIME	95. LOCATION	96. METHOD
97. RESULTS	98. COMMENTS	99. SIGNATURE	100. DATE

1. NAME

2. ADDRESS

3. CITY

4. STATE

5. ZIP

6. PHONE

7. FAX

8. E-MAIL

9. TITLE

10. POSITION

11. DEPARTMENT

12. ORGANIZATION

13. DATE

14. TIME

15. LOCATION

16. METHOD

17. RESULTS

18. COMMENTS

19. SIGNATURE

20. DATE

21. NAME

22. ADDRESS

23. CITY

24. STATE

25. ZIP

26. PHONE

27. FAX

28. E-MAIL

29. TITLE

30. POSITION

31. DEPARTMENT

32. ORGANIZATION

33. DATE

34. TIME

35. LOCATION

36. METHOD

37. RESULTS

38. COMMENTS

39. SIGNATURE

40. DATE

41. NAME

42. ADDRESS

43. CITY

44. STATE

45. ZIP

46. PHONE

47. FAX

48. E-MAIL

49. TITLE

50. POSITION

51. DEPARTMENT

52. ORGANIZATION

53. DATE

54. TIME

55. LOCATION

56. METHOD

57. RESULTS

58. COMMENTS

59. SIGNATURE

60. DATE

61. NAME

62. ADDRESS

63. CITY

64. STATE

65. ZIP

66. PHONE

67. FAX

68. E-MAIL

69. TITLE

70. POSITION

71. DEPARTMENT

72. ORGANIZATION

73. DATE

74. TIME

75. LOCATION

76. METHOD

77. RESULTS

78. COMMENTS

79. SIGNATURE

80. DATE

81. NAME

82. ADDRESS

83. CITY

84. STATE

85. ZIP

86. PHONE

87. FAX

88. E-MAIL

89. TITLE

90. POSITION

91. DEPARTMENT

92. ORGANIZATION

93. DATE

94. TIME

95. LOCATION

96. METHOD

97. RESULTS

98. COMMENTS

99. SIGNATURE

100. DATE

1. NAME

2. ADDRESS

3. CITY

4. STATE

5. ZIP

6. PHONE

7. FAX

8. E-MAIL

9. TITLE

10. POSITION

11. DEPARTMENT

12. ORGANIZATION

13. DATE

14. TIME

15. LOCATION

16. METHOD

17. RESULTS

18. COMMENTS

19. SIGNATURE

20. DATE

21. NAME

22. ADDRESS

23. CITY

24. STATE

25. ZIP

26. PHONE

27. FAX

28. E-MAIL

29. TITLE

30. POSITION

31. DEPARTMENT

32. ORGANIZATION

33. DATE

34. TIME

35. LOCATION

36. METHOD

37. RESULTS

38. COMMENTS

39. SIGNATURE

40. DATE

41. NAME

42. ADDRESS

43. CITY

44. STATE

45. ZIP

46. PHONE

47. FAX

48. E-MAIL

49. TITLE

50. POSITION

51. DEPARTMENT

52. ORGANIZATION

53. DATE

54. TIME

55. LOCATION

56. METHOD

57. RESULTS

58. COMMENTS

59. SIGNATURE

60. DATE

61. NAME

62. ADDRESS

63. CITY

64. STATE

65. ZIP

66. PHONE

67. FAX

68. E-MAIL

69. TITLE

70. POSITION

71. DEPARTMENT

72. ORGANIZATION

73. DATE

74. TIME

75. LOCATION

76. METHOD

77. RESULTS

78. COMMENTS

79. SIGNATURE

80. DATE

81. NAME

82. ADDRESS

83. CITY

84. STATE

85. ZIP

86. PHONE

87. FAX

88. E-MAIL

89. TITLE

90. POSITION

91. DEPARTMENT

92. ORGANIZATION

93. DATE

94. TIME

95. LOCATION

96. METHOD

97. RESULTS

98. COMMENTS

99. SIGNATURE

100. DATE