



Solicitud de exención del Impuesto a la Salida de Divisas (ISD) por tratamientos en el exterior de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas.

F03-INS-CCT-CTV-001-007-v01

Es obligatorio llenar los campos marcados con (*) e imprimir la solicitud en su totalidad.

Lugar y fecha de presentación (*): _____
Señor(a) Director(a) de la Zonal/Provincial (*) _____ del Servicio de Rentas Internas.

Yo, _____ con cédula o pasaporte No. _____
por mis propios derechos o en calidad de persona debidamente autorizada del ciudadano / contribuyente _____
_____ con cédula o pasaporte No. _____

solicito se sirva aceptar la exención del Impuesto a la Salida de Divisas (ISD), en virtud de la Ley Reformativa para la Equidad Tributaria del Ecuador publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 242 del 29 de diciembre de 2007 y sus reformas.

EXENCIÓN POR ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, RARAS O HUÉRFANAS

Nombre del paciente:

No. de identificación del paciente:

Enfermedad asociada al diagnóstico	Código de enfermedad	Nombre de la enfermedad
------------------------------------	----------------------	-------------------------

Rubro para exención

Monto solicitado (en números)
total/parcial costo
del tratamiento

Código de
moneda
(ej. EUR, ARS, USD)

Monto a transferir mediante el sistema financiero

Monto a enviar por courier

Monto del traslado

Monto total solicitado para
tratamiento en el exterior
de enfermedades catastróficas,
raras o huérfanas:

Monto total en
dólares americanos

(USD)

USD

Monto total en
otras monedas

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y apellidos completos:

Número de cédula, pasaporte:

Correo electrónico vigente:

Teléfono fijo:

Teléfono celular:

Calle principal:

Provincia:

No.:

Cantón:

Intersección:

Parroquia:

Referencia:

Considerar que: (1) Todos los campos son de llenado obligatorio. (2) Podrá firmar la solicitud una tercera persona únicamente si dispone de poder general o especial. Para el caso de personas que legalmente sean consideradas como incapaces absolutas o relativas, podrán solicitar la exención a través de su representante legal, apoderado, tutor o curador, quien está facultado a firmar la solicitud. (3) El valor registrado en el campo de "Costo del tratamiento" es de única responsabilidad del solicitante, el cual será sujeto de verificación posterior. (4) El SRI se reserva la verificación de posterior del beneficio otorgado. En caso de inconsistencias se re-liquidará la obligación tributaria y sus respectivos intereses, sin perjuicios de otras sanciones a que hubiere lugar, de conformidad con la ley, y de la responsabilidad penal por defraudación, conforme a lo establecido en el art. 298 del COIP.	Firma de responsabilidad
	Firma del solicitante.

Declaro que los datos contenidos en esta solicitud son exactos y verdaderos, por lo que asumo la responsabilidad legal que de ella se derive (Art. 97 del Código Tributario).

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE RENTAS INTERNAS

Certifico que la Autorización a Terceros fue validada en la web institucional con el código										S	R	I	A	T	L	2	0		
Certifico que los originales de los siguientes documentos fueron presentados por el contribuyente: CC: () CV: (); o,																			
En caso de copias, se verifica: CC: () CV: (), en Dato Seguro, según ficha simplificada:																			
Usuario:		Agencia:		Firma del servidor:															

Nombre del Requisito	Condición	Obligatorio	Marque con una (x)
Clave SRI	Verificar en el Sistema de Claves o generar clave con los requisitos vigentes en la página web.	SI	
Certificado médico avalado o sellado por Ministerio de Salud Pública	"El certificado deberá contener al menos la siguiente información: - Nombres, apellidos e identificación del paciente - Código y nombre de la enfermedad del paciente conforme al listado de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, emitido por la autoridad competente"	SI	
Copia simple de la proforma costo del tratamiento a efectuarse en el exterior	"La proforma deberá contener al menos la siguiente información: - Nombres, apellidos e identificación del paciente - Nombre de la enfermedad del paciente - Tratamiento a realizar - Montos o saldos que serán pagados en el exterior asociados a dicha enfermedad"	SI	
Autorización a terceros	De acuerdo a la resolución No. NAC-DGERCGC18-00000410, se deberá generar la autorización a través de los servicios en línea.	NO	
Exhibición del original o copia del documento identificación del paciente	Solamente es obligatoria la exhibición de la identificación del paciente, en caso que el beneficiario sea un tercero.	NO	
Traducción simple de la proforma con firma de responsabilidad	Solamente es obligatoria si la proforma está en otro idioma, debe contener nombre, firma e identificación del traductor.	NO	
Copia simple de la póliza de seguro médico adquirida	"La póliza de seguro médico deberá contener al menos la siguiente información: - Nombres y apellidos del paciente - Que registre o evidencie la cobertura de la enfermedad y la prima correspondiente"	NO	