

## DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS

### ENTIDADES EMPLEADORAS

N° Folio Interno: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Funcionario Responsable: \_\_\_\_\_

NOTA: Este formulario es válido para solicitar la devolución en exceso de cotizaciones enteradas en exceso por las entidades empleadoras, NO es aplicable a las cotizaciones pagadas erradamente a un Organismo Administrador distinto al que está adherido (Instituto de Seguridad del Trabajo, Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de Seguridad de la C.Ch.C. o Instituto de Seguridad Laboral [señalar según corresponda])

#### I. SOLICITANTE

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ -

Apoderado o representante legal que solicita la devolución: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad del apoderado o representante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### II. MEDIOS DE PAGO

1. Seleccione el medio de pago a utilizar [Organismo Administrador de la Ley N° 16.744 que corresponda:

Depósito en cuenta corriente, a la vista o de ahorro cuyo único titular sea la entidad empleadora\*

Giro de un cheque o vale vista nominativo

2. En caso de seleccionar el depósito en cuenta corriente, a la vista o de ahorro, indique:

- a. Tipo de cuenta (corriente, de ahorro, a la vista): \_\_\_\_\_
- b. N° de cuenta: \_\_\_\_\_
- c. Banco: \_\_\_\_\_

\* La suscripción de este formulario, optando por el pago a través de un depósito, autoriza a esta institución para efectuar el pago por cotizaciones pagadas en exceso o erróneamente en la cuenta que se indique.

3. En caso de seleccionar la opción giro de un cheque o vale vista, éste le será entregado:

- Sucursal más cercana al domicilio señalado en este oficio
- En la siguiente sucursal (vea el listado de sucursales al reverso) \_\_\_\_\_

### III. CAUSA DE LA COTIZACIÓN EN EXCESO O ERRÓNEA

1. Cotización en exceso

Causales	Periodo solicitado	
	Desde	Hasta
Error en la tasa de cotización adicional diferenciada		
Cotización por remuneración mayor al tope imponible		
Licencia médica		
Renta imponible mayor a la que correspondía		
Dictamen en la Superintendencia de Seguridad Social		
Otra		

2. Cotización errónea

Causales	Periodo solicitado	
	Desde	Hasta
Relación laboral inexistente		
Relación laboral terminada		
Permiso sin goce de sueldo		
Doble pago de cotizaciones		

IV. DOCUMENTOS ADJUNTOS (si esa entidad incluye documentos no especificados en el siguiente listado como necesarios para la tramitación de la solicitud, incorporarlos)

	Carta de Solicitud
	Planillas de declaración y pago de cotizaciones
	Copia de cédula de identidad del solicitante y poder, corresponde
	Fotocopia del RUT entidad empleadora
	Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social
	Copia de liquidaciones de remuneraciones
	Copia del contrato(s) de trabajo
	Copia (s) de renuncia (s) voluntaria (s)
	Copia del finiquito (s)
	Copia de Liquidaciones de subsidio (s) por incapacidad laboral
	Copia de licencia (s) médica (s)
	Solicitud y resolución que concedió permiso sin goce de sueldo
	Certificado (s) de cotizaciones en AFP
	Otros

Para dar tramitación a su solicitud, se le solicita acompañar, a lo menos, los siguientes antecedentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

TIMBRE DE RECEPCIÓN