

**ANEXO N° 1: FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. ENTIDADES
EMPLEADORAS: MENCIONES MÍNIMAS**

DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. ENTIDADES EMPLEADORAS

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]:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	Error en la tasa de cotización adicional diferenciada		
<input type="checkbox"/>	Cotización por remuneración mayor al tope imponible		
<input type="checkbox"/>	Licencia médica		
<input type="checkbox"/>	Renta imponible mayor a la que correspondía		
<input type="checkbox"/>	Dictamen en la Superintendencia de Seguridad Social		
<input type="checkbox"/>	Otra		

2) Cotización errónea

Causales

		Periodo Solicitado	
		Desde	Hasta
<input type="checkbox"/>	Relación laboral inexistente		
<input type="checkbox"/>	Relación laboral terminada		
<input type="checkbox"/>	Permiso sin goce de sueldo		
<input type="checkbox"/>	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	Copia (s) de renuncia (s) voluntaria (s)
Planillas de declaración y pago de cotizaciones	Copia del finiquito (s)
Copia de cédula de identidad del solicitante y poder, corresponde	Copia de Liquidaciones (es) de subsidio (s) por incapacidad laboral
Fotocopia del RUT entidad empleadora	Copia de licencia (s) médica (s)
Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social	Solicitud y resolución que concedió un permiso sin goce de sueldo
Copia de liquidaciones de remuneraciones	Certificado (s) de cotizaciones en AFP
Copia del contrato(s) de trabajo	Otros

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

FIRMA DEL SOLICITANTE

TIMBRE DE RECEPCIÓN