

**ANEXO N° 2: FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. TRABAJADORES
INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS: MENCIONES MÍNIMAS**

DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. TRABAJADOR INDEPENDIENTE
VOLUNTARIO

Sucursal: _____ Fecha: _____

Nombre del Funcionario Responsable: _____

I. SOLICITANTE

Nombre: _____ Cédula de identidad: _____ - _____

Apoderado o representante legal que solicita la devolución: _____

Cédula de identidad: _____

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:

<input type="checkbox"/>	Sucursal más cercana al domicilio señalado en este oficio
<input type="checkbox"/>	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"/>	Cotización pagada en un mes por el cual no se cotizó para AFP y salud común (ISAPRE o FONOSA)		
<input type="checkbox"/>	Trabajador independiente voluntario no afiliado a ningún Organismo Administrador de la Ley N° 16.744		
<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	Certificado de cotizaciones en AFP
Planillas de declaración y pago de cotizaciones	Registro como cotizante voluntario
Copia de cédula de identidad del solicitante y poder, corresponde	Copia de licencia médica
Certificado de cotizaciones de ISAPRE o FONOSA	Otros

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

FIRMA DEL SOLICITANTE

TIMBRE DE RECEPCIÓN