

ANEXO N°16

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. ENTIDADES EMPLEADORAS: MENCIONES MÍNIMAS

[Logo del Organismo Administrador]

[Número de folio de solicitud]

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 móvil:	Teléfono fijo:

II. MEDIO DE PAGO

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

<input type="checkbox"/>	Depósito en cuenta corriente, a la vista o de ahorro cuyo único titular sea la entidad empleadora*
<input type="checkbox"/>	Giro de un cheque o vale vista nominativa

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

- 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 de la Superintendencia de Seguridad Social
- Otra: _____

Período Solicitado	
Desde	Hasta

2) Cotización errónea

Causales

- Relación laboral inexistente

Período Solicitado	
Desde	Hasta

- 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]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Carta de solicitud | <input type="checkbox"/> Copia(s) de renuncia (s) voluntaria (s) |
| <input type="checkbox"/> Planillas de declaración y pago de cotizaciones | <input type="checkbox"/> Copia del finiquito (s) |
| <input type="checkbox"/> Copia de cédula de identidad del solicitante y poder, si corresponde | <input type="checkbox"/> Copia de liquidación (es) de subsidio (s) por incapacidad laboral |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del RUT entidad empleadora | <input type="checkbox"/> Copia de licencia (s) médica(s) |
| <input type="checkbox"/> Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Solicitud y resolución que concedió un permiso sin goce de sueldo |
| <input type="checkbox"/> Copia de liquidaciones de remuneraciones | <input type="checkbox"/> Certificado (s) de cotizaciones en AFP |
| <input type="checkbox"/> Copia del contrato (s) de trabajo | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

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

FIRMA DEL SOLICITANTE	TIMBRE DE RECEPCIÓN