

DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS
TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO

N° Folio Interno: _____

Sucursal: _____ Fecha: _____

Nombre del Funcionario Responsable: _____

I. SOLICITANTE

Nombre: _____ 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:

- 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
Cotización pagada en un mes por el cual no se cotizó para AFP y salud común (ISAPRE o FONASA)		
Trabajador independiente voluntario no afiliado a ningún Organismo Administrador de la Ley N° 16.744		
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
	Poder
	Certificado de cotizaciones de ISAPRE o FONOSA Otros
	Certificado de cotizaciones en AFP
	Registro como cotizante voluntario
	Copia de licencia médica
	Otros

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

FIRMA DEL SOLICITANTE

TIMBRE DE RECEPCIÓN