

ANEXO N°17

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. TRABAJADORES INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS: MENCIONES MÍNIMAS

[Logo del Organismo Administrador]

[Número de folio de solicitud]

Sucursal: _____

Fecha: _____

Nombre del Funcionario Responsable: _____

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 la 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

<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 de la Superintendencia de Seguridad Social
<input type="checkbox"/>	Otra: _____

Período Solicitado	
Desde	Hasta

2) Cotización errónea

Causales

<input type="checkbox"/>	Cotización pagada en un mes por el cual no se cotizó para AFP y salud común (ISAPRE o FONASA)
<input type="checkbox"/>	Trabajador independiente voluntario no afiliado a ningún Organismo Administrador de la Ley N° 16.744

Período Solicitado	
Desde	Hasta

--

Doble pago de cotización

--	--

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 FONASA

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