

Formulario de devolución de cotización en exceso y erróneos



Este formulario es válido para solicitar la devolución de cotizaciones enteradas en exceso por las entidades empleadoras. No es aplicable a las cotizaciones pagadas erróneamente a un Organismo Administrador distinto al que está adherido.

Este formulario debe ser llenado y firmado por el representante legal de la empresa

1. Identificación de la identidad empleadora que solicita la devolución de lo cotizado en exceso

Nombre o Razón Social*	
Representante legal de la empresa que solicita la devolución*	
Cédula de identidad del representante legal*	
Dirección entidad empleadora*	
Teléfono Contacto 1*	

*Son datos obligatorios

2. Identifique la opción de pago a considerar, en caso que la devolución sea aprobada:

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

- Depósito a cuenta corriente, a la vista o de ahorro cuyo único titular sea la entidad empleadora*
- Vale vista nominativo

2.2. En caso de seleccionar el pago mediante transferencia, indique los datos bancarios de la empresa.

Nombre o Razón Social*	
RUT Empresa*	
Banco	
Número de cuenta	

(*)(*) La suscripción de este formulario, autoriza a esta institución para efectuar el pago por cotizaciones pagadas en exceso o erróneamente en la cuenta que se indique.

(*) La cuenta debe estar asociada a la empresa de lo contrario el pago será rechazado y se generará Vale Vista.

3. Causa de la cotización en exceso o errónea

3.1. Cotización en exceso, causales:

- Error en la tasa de cotización adicional diferenciada
- Cotización por remuneraciones mayor al tope imponible
- Licencia médica
- Renta imponible mayor a la que correspondía
- Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social
- Otra: _____

Periodo solicitado	
Desde	Hasta

3.2. Cotización erróneas, causales:

- Relación laboral inexistente
- Relación laboral terminada
- Permiso sin goce de sueldo
- Doble pago de cotizaciones

Periodo solicitado	
Desde	Hasta

4. Documentos adjuntos (si esa entidad incluye documentos no específicos, en el siguiente listado como necesarios para la tramitación de la solicitud, incorporados)

4.1. Cotización en exceso, causales:

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

5. En caso de TENER DUDA, previa por concepto de cotizaciones de la Ley N° 16.744, favor indicar que si acepta se retenga la devolución y ella sea utilizada para pagar lo adeudado y, que en aquellos casos que se produzca saldo a favor se generará la devolución de este.

- Acepto que se descuenta de mis saldos a favor lo adeudado y en caso que genere un saldo a favor sea devuelto.
- No acepto que se descuenta de mis saldos a favor lo adeudado.

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

- a) Copia de la o las planillas de cotizaciones
- b) Copia de finiquito de trabajador(es), si corresponde
- c) Copia de la Cédula de Identidad del Representante Legal

Firma y nombre del representante legal

RUT