**7.3 ANEXO 3: FORMULARIO DE ANTECEDENTES PARA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE COTIZACIÓN EN EXCESO O ERRÓNEOS DE EMPLEADOR**

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES PARA**

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE COTIZACIÓN PAGADAS EN EXCESO POR EMPLEADOR**

Folio N°

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su c u r s a l R e c e p t o r a F e c h a R e c e p c i ó n Nombre del funcionario responsable

**DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. ENTIDADES EMPLEADORAS**

(Este formulario se debe entregar de manera presencial en una sucursal del Instituto de Seguridad Laboral)

**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 erróneamente a un Organismo Administrador distinto al que está adherido (Instituto de Seguridad Laboral).

**I. SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre o Razón Social si es entidad****empleadora\*** |  |
| **RUT entidad empleadora \*** |  |
| **Apoderado o representante legal que solicita devolución.\*** |  |
| **Cédula de identidad del apoderado o representante legal.\*** |  |
| **Dirección entidad empleadora \*** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono Contacto 1\*** |  |
| **Teléfono Contacto 2** |  |
| **Correo Electrónico \*** |  |

\* Son datos Obligatorios

**II. MEDIO DE PAGO**

**1) Seleccione el medio de pago a utilizar por el Instituto de Seguridad Laboral:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre o Razón Social si es entidad empleadora\*** |  | **RUT** |  |
| **Cta. Cte.\*\* N°** |  | **Banco** |  |
| **Cta. Ahorro\*\* N°** |  | **Banco** |  |
| **Cta. Vista\*\* N°** |  | **Banco** |  |
| **Cta. RUT N°** |  | **Banco** |  |
| **Vale Vista\*\*\*** |  |   |
| **Cheque\*\*\*** |  |  |

(\*\*) Depósito en cuenta corriente, a la vista o de ahorro cuyo único titular sea la entidad empleadora. (\*\*\*) **El giro de un cheque o vale vista será nominativo y se entregará en cualquier sucursal del Banco Estado**

**Nota:** 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.

**III. EN CASO DE SELECCIONAR LA OPCIÓN GIRO DE UN CHEQUE O VALE VISTA, ÉSTE SERÁ ENTREGADO:**

 Cualquier Sucursal del BancoEstado

**III. CAUSA DE LA COTIZACIÓN EN EXCESO O ERRÓNEA**

1. **Cotización en exceso**

|  |
| --- |
| **Período Solicitado** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAUSALES** | **Desdeeeeeee** | **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 de la de la Superintendencia de Seguridad Social |  |  |
| Otra: |  |  |

**2) Cotización errónea**

|  |
| --- |
| **Período Solicitado** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAUSALES** | **Desde** | **Hasta** |
| Relación laboral inexistente |  |  |
| Relación laboral terminada |  |  |
| Permiso sin goce de sueldo |  |  |
| Doble pago de cotizaciones |  |  |

**V. 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 y poder, si corresponde |  |
| Fotocopia del RUT de la entidad empleadora |  |
| Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social |  |
| Copia de liquidaciones de remuneraciones |  |
| Copia del contrato(s) de trabajo |  |
| Copia(s) de renuncia(s) voluntaria(s) |  |
| Copia de finiquito(s) |  |
| Copia de liquidación (es) de subsidio(s) por incapacidad laboral |  |
| Copia de licencia(s) médica(s) |  |
| Solicitud y resolución que concedió un permiso sin goce de sueldo |  |
| Certificado(s) de cotizaciones en AFP |  |
| Otros: |  |

**Para dar tramitación a su solicitud, debe acompañar, a lo menos, los siguientes antecedentes:**

**Firma, Rut y nombre del solicitante Timbre de recepción**