**7.4. ANEXO 4: DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS O ERRÓNEOS. TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.**



**FORMULARIO DE ANTECEDENTES PARA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE COTIZACIÓN EN EXCESO TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO**

Folio N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sucursal Receptora Fecha Recepción Nombre del funcionario Reponsable

**DEVOLUCIÓN DE PAGOS EN EXCESOS Y ERRÓNEOS. TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO**

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

**I. IDENTIFIQUE AL/LA TRABAJADOR/A QUE SOLICITA DEVOLVER LO COTIZADO EN EXCESO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del solicitante (beneficiario)\*** |  |
| **RUN del solicitante (beneficiario)\*** |  |
| **Apoderado o representante legal que** **solicita la devolución\***  |   |
| **RUN Solicitante (apoderado o R. Legal)\***  |   |
| **Domicilio solicitante (beneficiario)\*** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono Contacto 1\*** |  |
| **Teléfono Contacto 2** |  |
| **Correo Electrónico \*** |  |

\* Son datos Obligatorios

**II. IDENTIFIQUE LA OPCION DE PAGO A CONSIDERAR, EN CASO QUE LA DEVOLUCIÓN SEA APROBADA\*\*\*:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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\*\*\*** |  |  |

**(\*\*) El solicitante debe ser el Trabajador Independiente, representante legal o apoderado**.

El interesado del cobro acepta que el monto del pago sea abonado a la opción de pago que ha señalado anteriormente. El pago será cursado si cumple con los requisitos para la devolución y habiéndose aprobado la solicitud.

(\*\*) En caso de contar con cuenta corriente para el depósito, la cuenta del empleador o del apoderado debe ser nominativa. (\*\*\*) 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 Banco Estado

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

1. **Cotización en exceso**

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

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

1. **Cotización errónea**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAUSALES** | **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° 16744 16.744 |  |  |
| Doble pago de cotización |  |  |

**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 |  |
| Poder |  |
| Certificado de cotizaciones de ISAPRE o FONASA |  |
| Certificado de cotizaciones en AFP |  |
| Registro como cotizante voluntario |  |
| Copia de licencia médica |  |
| Certificado SII retenciones operación renta, si corresponde |  |
| Otros: |  |

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

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