

SOLICITUD DE DEVOLUCION DE PAGOS EN EXCESO

N° de Solicitud

(Exclusivo AFC)

FECHA DE SUSCRIPCION

DIA	MES	Año

FECHA DE RECEPCION

DIA	MES	Año

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE: EMPLEADOR AFILIADO INCLUIDOS

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL		RUT
DIRECCION		COMUNA
CIUDAD	DIRECCION E-MAIL	TELEFONO

MODALIDAD DE PAGO

RETIRO EN SUCURSAL <input type="checkbox"/> ENVIO POR CORREO <input type="checkbox"/> NOMBRE SUCURSAL _____ DIRECCION _____ COMUNA _____ CIUDAD _____	DEPOSITO EN CUENTA BANCARIA 1 = CORRIENTE TIPO CUENTA 2 = AHORRO 3 = VISTA NUMERO DE LA CTA _____ BANCO _____
---	--

FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD

DETALLE DEL PAGO EN EXCESO

PERIODO REMUNERACION	RUT EMPLEADOR	DV	TOTAL \$	TIPO	COD.ORIGEN	ORIGEN DEL EXCESO
DESDE (mmaa) HASTA (mmaa)						1 = % SOBRE 90 UF 2 = PAGO DUPLICADO 3 = NO AFILIADO 4 = DIF. RESUMEN 5 = DIFERENCIA % 6 = LICENCIA MEDICA 7 = CESADO 8 = OTROS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTAL PAGOS EN EXCESO			TOTAL	TIPO 1 = EMPLEADOR 2 = AFILIADO		

DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA

Identificación documento <input type="checkbox"/> Contrato de trabajo <input type="checkbox"/> Finiquito <input type="checkbox"/> Formularios de pago de cotizaciones <input type="checkbox"/> Declaración Jurada <input type="checkbox"/> Otros	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">FIRMA DEL SOLICITANTE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Nombre del Funcionario AFC</td> <td>Rut</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sucursal</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Firma y Timbre Recepción</td> </tr> </table>	FIRMA DEL SOLICITANTE		_____		Nombre del Funcionario AFC	Rut	Sucursal		Firma y Timbre Recepción
FIRMA DEL SOLICITANTE										

Nombre del Funcionario AFC	Rut									
Sucursal										
Firma y Timbre Recepción										

Formulario N°:

(Uso interno AFP)

Original: A.F.C.

Copia: Afiliado / Empleador