

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

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*  |  |
| Correo Electrónico*   |  |

\*Son datos obligatorios

## Motivos de la solicitud de Condonación

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nº de la planilla |  |
| Período           |  |

Solicitamos la condonación de multas por los motivos que se detallan a continuación

## 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]:

- Transferencia en cuenta bancaria de la empresa 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.

|                  |  |
|------------------|--|
| 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.

### 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 la Cédula de Identidad del Representante Legal

---

Firma y nombre del representante legal

RUT