IPS
Ministerio del Trabajo y Previsión Social
Gobierno de Chile

División Beneficios – Instituto de Previsión Social
Departamento Gestión de Pagos
Unidad Control Pagos
Santo Domingo 1285 - 4º Piso – Santiago
Teléfonos 870 8139 – 8141 – fono fax 8708146 - www.ips.gob.cl

SOLICITUD DE CONDONACION O FACILIDADES DE PAGO POR DEUDAS DE PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

FECHA :
CONVENIO:

SEÑOR
DIRECTOR REGIONAL

ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE SOLICITANTE:	
C. IDENTIDAD:	Nº INSCRIPCION:
DOMICILIO:	

En consideración a la Notificación Folio Nº _____ de fecha _____ cuyo detalle es el siguiente:

	BENEFICIO	MONTO
☐	ASIGNACION FAMILIAR	$ _____
☐	PENSION	$ _____
☐	OTRO	$ _____

Por el período desde ____/____/_____ al ____/____/_____
día mes año día mes año

Expongo a Ud. Que mi situación económica actual, según podrá establecer con el informe socio económico, no me permite hacer frente a la obligación de restituir la suma adeudada, por lo tanto, solicito de conformidad con lo dispuesto en el art. 3º del D.L. Nº 3.536 y en su reglamento contenido en el D.S. Nº 20, de fecha 24 de febrero de 1981. La condonación de mi deuda.

En el evento que se desestimare la condonación impetrada, solicito se me otorguen, facilidades para restituir la suma adeudada, y se me fije el Nº de ____ cuotas mensuales de $_____ cada una, monto que no excede el 20% de mis ingresos. Para tal efecto, faculto desde ya a la institución para descontar mensualmente de mi pensión o a pagar de cualquier ingreso que me corresponda percibir, la cuota correspondiente, según proceda. TOMO CONOCIMIENTO QUE EL NO-CUMPLIMIENTO DEL COMPROMISO DE PAGO QUE ADQUIERO EN ESTE ACTO DARA ORIGEN A COBRANZA JUDICIAL POR EL I.N.P.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE