## Instituto Mexicano del Seguro Social

## Solicitud de Devolución de Cantidades Enteradas sin Justificación Legal Seguros RCV

Homoclave del trámite				Número de solicitud
IMSS-02-085-B				Se llena por personal de la Subdelegación
Homoclave del formato				Fecha de solicitud del trámite
FF-IMSS-016				Se llena por personal de la Subdelegación DD MM AAAA
Datos del Patrón			Por con	cepto de (explicar motivo de la solicitud)
Delegación:	Subdelega	ción:		
Registro patronal:	RFC:			
Nombre, denominación	n o razón social:			
Telefóno fijo (lada y nú	úmero):	Área geográfica:		
	Science per personal de la subdefegación Fecha de solicitud del trámite  solima per personal de la subdefegación por la mana per personal de la subdefegación por la cantidad de: S  Subdelegación:  RFC:  Por concepto de (explicar motivo de la solicitud)  Por concepto de (explicar motivo de la solicitud)  Por concepto de (explicar motivo de la solicitud)  Domicilio  Domicilio  Domicilio  Documentación probatoria  Documentación probatoria  A B C  Documentación probatoria  Adjunte a la presente orignates y conas de os milimos, una vez cotajaos se devolverán los orignales.  Adjunte a la presente orignates y conas de os milimos, una vez cotajaos se devolverán los orignales.			
Código postal:				
Calle:				
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, B	oulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, et	tc.)		De surre cota si é a una la stania
Número exterior:	Número	interior:		Documentación probatoria
Colonia:	·			
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Reside	encial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.	)		
Localidad:				
Municipio o Alcaldía:				
Estado:				
Datos del pago				
Periodo:	Folio SUA:	Fecha de pago:		
Solicito la devolución por la cantidad de: \$				
Importe con letra:				
			Adjunta a la present	a originales y conjas de los mismos, una vaz cotejados se devolverán los originaleses
			Adjunte a la presente	e unginales y copias de 103 mismos, una vez colejados se devolveramos originales
Estoy enterado y conforme en que la devolución solicitada, en caso de proceder, se realizará en la forma y términos que establezcan las disposiciones legales y reglamentarias respectivas emitidas por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).				

Nombre y firma del solicitante o su representante legal





