gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de Devolución de Cantidades Enteradas sin Justificación Legal
Seguros IMSS

Homoclave del trámite
IMSS-02-085-A
Homoclave del formato
FF-IMSS-001

Número de solicitud
Se llena por personal de la Subdelegación
Fecha de solicitud del trámite
Se llena por personal de la Subdelegación DD / MM / AAAA

Datos del Patrón

Delegación:	Subdelegación:
Registro patronal:	RFC:
Nombre, denominación o razón social:	
Telefóno fijo (lada y número):	Área geográfica: A B C

Domicilio

Código postal:	
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	
Número exterior:	Número interior:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial 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:		

Por concepto de (explicar motivo de la solicitud)

Documentación probatoria

Adjunte a la presente originales y copias de los mismos, una vez cotejados se devolverán los originales.

Estoy enterado y acepto que con fundamento en el Artículo 299 de la Ley del Seguro Social vigente y 131 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización en vigor, la devolución en caso de proceder se me entregará actualizada, y el Instituto podrá descontar el costo de las prestaciones que hubiere otorgado en demasía.

Nombre y firma del solicitante o su representante legal

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

COFEMER Comisión Federal de Mejora Regulatoria

IMSS

Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Cuauhtémoc
C.P. 06600 Ciudad de México
Tel. 01 800 623 23 23
http://atencion.contactoimss.com.mx