

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE COBRO COACTIVO
SOLICITUD DE DEVOLUCION DE CANTIDADES ENTERADAS SIN
JUSTIFICACION LEGAL SEGUROS IMSS**

PARA SER LLENADO POR EL IMSS

DELEGACION: _____, SUBDELEGACION: _____.

No de solicitud:	Fecha de solicitud:	Origen Devolución:	Contribución:
Registro patronal:	R.F.C.:	Periodo:	Folio pago:
Nombre o razón social:			Teléfono:
Domicilio:			Código postal:
Localidad:			Área geográfica:
Solicitó la devolución por la cantidad de:	\$	Importe con letra:	
Por concepto de (explicar motivo de solicitud)			
<p>Documentación probatoria (Adjunte a la presente original(es) y copia(s) fotostáticas de los mismos, una vez cotejados, se devolverán los originales)</p>			
<p>Estoy enterado y acepto que con fundamento en los artículos 299 de la Ley del Seguro Social y 131 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, la devolución en caso de proceder no causara intereses y que el Instituto podrá descontar el costo de las prestaciones que hubiera otorgado.</p>			
Lugar	Fecha	Nombre y firma del solicitante o su representante legal	