

FORMATO DE RECURSO DE REVISIÓN

RECEPCIÓN

Fecha (dd/mm/aaaa): 31/05/2016 Hora (hh:mm:ss): 8:51 PM

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FÍSICA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
------------------	------------------	-----------

PERSONA MORAL

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

NOMBRE DEL

REPRESENTANTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
------------------	------------------	-----------

DATOS DEL ACTO DE IMPUGNACIÓN

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMITIÓ

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

ACTO IMPUGNADO

respuesta emitida el 24 de mayo del presente la cual se anexa

LUGAR Y FECHA DE LA EMISIÓN DEL ACTO

Electrónica

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd /mm /aaaa)

24-05-2016

NÚMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD

00110/ISSEMYM/IP/2016

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

no se manifiesta de forma clara y precisa el porque no se me puede seguir brindando el servicio medico toda vez que existe un riesgo de trabajo determinado como si de trabajo y no se me a dado de alta para poder determinar la conclusion del riesgo de trabajo.. asimismo manifiesta que lo debo de d seguir x la vía administrativa no diciendo como y ante que autoridad y que legislacion em materia de salud en el estado de mexico, así lo establece

DOCUMENTOS ANEXOS

Poder

Copia de constancia
de notificación

Copia de la resolución

Otros (Especificar)

Folio del recurso de revisión: 01663/INFOEM/IP/RR/2016

Clave de entrega del recurso de revisión: 001102016014205156005205