



FORMATO DE RECURSO DE REVISIÓN

SUJETO OBLIGADO QUE LO EMITIÓ

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

RECEPCIÓN

Fecha(dd-mm-aaaa): 25/11/2019 Hora(hh:mm): 1:08 PM

DATOS DEL SOLICITANTE
PERSONA FÍSICA

 NOMBRE: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 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

Inconformidad con la respuesta.

LUGAR Y FECHA DE LA EMISIÓN DEL ACTO

Electrónica

FECHA EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO IMPUGNADO (dd /mm /aaaa) 08-11-2019

NÚMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE DE LA SOLICITUD 00848/ISSEMYM/IP/2019

RAZONES O MOTIVOS DE LA INCONFORMIDAD

Inconformidad con la respuesta.

DOCUMENTOS ANEXOS

 Poder Copia de constancia de notificación
 Copia de la resolución Otros (Especificar)

Folio del recurso de revisión: 08938/INFOEM/IP/RR/2019

Clave de entrega del recurso de revisión: [REDACTED]