

Formato de recurso de reconsideración

Homoclave del formato						Folio		
FF-ISSSTE-06								
Fecha de publicación del formato en el DOF			Fecha de solicitud			Fecha de notificación		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

Datos del promovente

CURP:	Nombre(s):
RFC:	Primer apellido:
Parentesco:	Segundo apellido:
Documento de representación legal:	

Domicilio del promovente para oír y recibir notificaciones

Código postal:	Estado o Distrito Federal:		
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)	Clave lada:	Teléfono fijo:	
Número exterior:	Número interior:	Clave lada:	Teléfono adicional:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	Clave lada:	Celular:	
Municipio o Delegación:	Correo electrónico:		

Datos del paciente

CURP:	Nombre(s):
RFC:	Primer apellido:
Edad:	Segundo apellido:
Parentesco:	Número de dependientes económicos:
Función o actividad principal:	Nombramiento:
	Lugar de trabajo:

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México, C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Domicilio del paciente

Código postal:		Estado o Distrito Federal:	
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)		Clave lada:	Teléfono fijo:
Número exterior:	Número interior:	Clave lada:	Teléfono adicional:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)		Clave lada:	Celular:
Municipio o Delegación:			

Datos del representante legal

CURP:	Nombre(s):
RFC:	Primer apellido:
Parentesco:	Segundo apellido:
Documento de representación legal:	

Domicilio del representante legal para oír y recibir notificaciones

Código postal:		Estado o Distrito Federal:	
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)		Clave lada:	Teléfono fijo:
Número exterior:	Número interior:	Clave lada:	Teléfono adicional:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)		Clave lada:	Celular:
Municipio o Delegación:		Correo electrónico:	

Cantidad solicitada en pesos y pretensión

Cantidad en número:
Cantidad en letra:
Describe su pretensión:

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Identificación de unidades médicas y fecha del suceso

Unidad(es) médica(s) involucrada(s):

Fecha del suceso:

DD

MM

AAAA

Hora del suceso:

Unidad médica de adscripción del derechohabiente:

Relatoría de los hechos motivos de la solicitud

Firma o huella digital del promovente

Firma

(Debe ser igual a la firma de la identificación oficial)

Huella digital

Los datos personales proporcionados por Usted serán protegidos en terminos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Para uso exclusivo del personal de la unidad receptora

Requisitos	Número de hojas
Identificación Oficial vigente (Credencial para votar INE, Pasaporte o Cédula profesional). Copia. (El original sólo será para cotejo).	
Formato de solicitud de Recurso de Reconsideración. En caso de no contar con él, podrá presentarla a través de escrito libre. Original.	
Original del documento que acredite la representación con la que actúa, para los siguientes casos: - Los familiares Derechohabientes, en caso de fallecimiento del Trabajador o Pensionado o cuando las circunstancias de salud impidan al Trabajador o Pensionado presentarla por sí mismo; el albacea o los herederos del Trabajador o Pensionado, que acrediten ese carácter con resolución emitida por autoridad competente o instrumento otorgado ante fedatario público, o el tutor nombrado por autoridad competente, en caso de imposibilidad física o mental del Derechohabiente. - Tratándose de No Derechohabiente usuario o solicitante del Servicio Médico; el albacea o los herederos, que acrediten ese carácter con resolución emitida por autoridad competente o con instrumento otorgado ante fedatario público, o el tutor nombrado por autoridad competente, en caso de imposibilidad física o mental del mismo.	
Resolución o notificación. Copia.	
Pruebas que estime pertinentes, para sustentar la presentación del Recurso de reconsideración. Original.	

Unidad receptora: _____

Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social en la Delegación

Nombre completo de la persona receptora:	Sello de la unidad receptora:
Puesto:	

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Declaraciones para el llenado del formato de Solicitud de Recurso de Reconsideración
(derivado de las resoluciones de Quejas Médicas y/o Solicitudes de Reembolso) del ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del estado (ISSSTE) hace de su conocimiento que los datos personales proporcionados en la gestión de su trámite, están protegidos y resguardados, conforme a lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como los artículos 25, 26, 31, 65, 67 y 70 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, cuya finalidad es recabar los datos necesarios para el llenado del formato de solicitud de recurso de reconsideración (derivado de las resoluciones de quejas médicas y/o solicitudes de reembolso) del ISSSTE. Lo anterior, en cumplimiento a los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2018, y demás normatividad aplicable a la materia.

Esta solicitud y el trámite son gratuitos

La distribución y el trámite de esta solicitud, son gratuitos para mayor información sobre los trámites de solicitud de recurso de reconsideración (derivado de las resoluciones de quejas médicas y/o solicitudes de reembolso) del ISSSTE, llama al 51409617, consulta también nuestros sitios de internet: (www.issste.gob.mx), reporta cualquier anomalía a la Secretaría de la Función Pública 01 800 0014 800 y (01 55) 2000 3000, o al Órgano Interno de Control en la Dependencia o Entidad donde laboras, a través de internet en el sitio: (www.funcionpublica.gob.mx)

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000