



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PRESTACIONES PARA  
PERSONAL DE BASE**

**EL FORMATO DEBE TENER EL MISMO  
TAMAÑO Y TIPO DE LETRA.**

**PONER FECHA CORRECTA**

**ANTES DE FIRMAR VERIFICA QUE TUS DATOS  
ESTEN CORRECTOS.**

Ciudad de México, a 12 de marzo del 2019

La presente se extiende con la finalidad de proporcionar la prestación indicada:

**MARCAR X SI ES EL CASO DE ANTEOJOS**

**MARCAR X SI ES EL CASO DE LENTES DE CONTACTO**

**MARCAR X**

- |                                               |                                             |                               |                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANTEOJOS             | <input type="checkbox"/> LENTES DE CONTACTO | <input type="checkbox"/> CICS | <input type="checkbox"/> VALE |
| <input type="checkbox"/> APARATOS ORTOPÉDICOS | <input type="checkbox"/> APARATOS AUDITIVOS |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS      | <input type="checkbox"/> PRÓTESIS           |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> CANASTILLA MATERNAL  |                                             |                               |                               |

NOMBRE DEL BENEFICIARIO : ESCRIBIR NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

ADSCRIPCIÓN: ESCRIBIR NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO

ÁREA O DEPTO. : ESCRIBIR SU AREA DE TRABAJO

**MARCAR CON X SEGUN SEA EL CASO ACADEMICO O PAEE**

TIPO DE PLAZA:  **ACADÉMICO**  **PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN**

BENEFICIARIO:  TRABAJADOR  CÓNYUGE

HIJO  HIJA

**MARCAR CON UNA X SEGUN TIPO DE BENEFICIARIO**

PADRE  MADRE

OTROS

**DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

- |                                                     |                                                                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES                      | <input type="checkbox"/> <b>MARCAR CON UNA X SIEMPRE</b>                       |
| COPIA CREDENCIAL IPN                                | <input type="checkbox"/> <b>MARCAR CON UNA X SIEMPRE</b>                       |
| COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO HIJOS                   | <input type="checkbox"/> <b>MARCAR CON UNA X SOLO EN CASO DE HIJOS</b>         |
| COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO                         | <input type="checkbox"/> <b>MARCAR CON UNA X SOLO EN CASO DE CONYUGE</b>       |
| COPIA DEL AVISO DE ALTA ISSSTE                      | <input type="checkbox"/> <b>MARCAR CON UNA X EN CASO DE BENEFICIARIOS</b>      |
| COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE DEL BENEFICIARIO | <input type="checkbox"/> <b>MARCAR CON UNA X SOLO EN CASO DE BENEFICIARIOS</b> |
| RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS                | <input type="checkbox"/> <b>NO MARCAR ESTA CASILLA</b>                         |

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD  
MANIFIESTO QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE  
DOCUMENTO SON CIERTOS**

**RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE  
DOCUMENTOS**

**PONER SELLO**

ESCRIBIR NOMBRE DEL TRABAJADOR

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE DE CAPITAL HUMANO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL  
ÁREA DE CAPITAL HUMANO QUE AUTORIZA

**R.F.C. CON HOMOClave** ESCRIBIR RFC DEL TRABAJADOR SI ERRORES

**ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD** ESCRIBIR ZONA PAGADORA

**CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA** ESCRIBIR CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA

**TELÉFONO CON EXTENSIÓN** ESCRIBIR TELEFONO Y EXTENSION DE CONTACTO

**FGR-10/05**