



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

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

Ciudad de México,

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

- |                                               |                                             |                               |                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <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 : \_\_\_\_\_

ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

ÁREA O DEPTO. : \_\_\_\_\_

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

BENEFICIARIO:                     TRABAJADOR                     CÓNYUGE  
                                          HIJO                                     HIJA  
                                          PADRE                                 MADRE  
                                          OTROS

**DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES	<input type="checkbox"/>
COPIA CREDENCIAL IPN	<input type="checkbox"/>
COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO HIJOS	<input type="checkbox"/>
COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO	<input type="checkbox"/>
COPIA DEL AVISO DE ALTA ISSSTE	<input type="checkbox"/>
COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE DEL BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>
RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS	<input type="checkbox"/>

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

**RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE**  
**DOCUMENTOS**

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

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

R.F.C. CON HOMOClave \_\_\_\_\_

ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_

CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA \_\_\_\_\_

TELÉFONO CON EXTENSIÓN \_\_\_\_\_