



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:

- | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ ANTEOJOS | ☐ LENTES DE CONTACTO | ☐ CICS | ☐ VALE |
| ☐ APARATOS ORTOPÉDICOS | ☐ APARATOS AUDITIVOS | | |
| ☐ SILLA DE RUEDAS | ☒ PRÓTESIS | | |
| ☐ 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 | ☐ |
| COPIA CREDENCIAL IPN | ☐ |
| COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO HIJOS | ☐ |
| COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO | ☐ |
| COPIA DEL AVISO DE ALTA ISSSTE | ☐ |
| COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE DEL BENEFICIARIO | ☐ |
| RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS | ☐ |

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 TITULAR DE LA
UNIDAD QUE AUTORIZA

R.F.C. CON HOMOClave _____

ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD _____

CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA _____

TELÉFONO CON EXTENSIÓN _____