



**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 TITULAR DE LA  
UNIDAD QUE AUTORIZA

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

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

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

TELÉFONO CON EXTENSIÓN \_\_\_\_\_