



AVISO IMPORTANTE

PRESTACIÓN DE ANTEOJOS



Con base en los puntos de acuerdo suscritos por la Comisión Mixta Paritaria IPN-SNTE Sección 60 y Sección 11 de Revisión Salarial 2020-2021, referente al Oficio DCH/3287/2020, se hace de su conocimiento el procedimiento bajo el cual se llevará a cabo en la Unidad Académica (UPIICSA).

- a) Ingresar a <https://www.ipn.mx/dch/personalapoyo.html> en la sección: Personal de Apoyo/ Personal Docente.
- b) Descargar la "Solicitud FGR-10/05 y llenar el formato en Word (un formato por trabajador y/o beneficiario). No se aceptan formatos llenados a mano.
- c) Imprimir 1 original de/los formato(s) ya requisitado(s) y firmarlo(s) con bolígrafo TINTA AZUL.
- d) Escanear en un solo archivo en formato PDF los requisitos respetando el siguiente orden:

Prestación para trabajador:

- 1) Formato de Solicitud FGR-10/05
- 2) Comprobante de percepciones vigente (última quincena).
- 3) Credencial IPN vigente.

Prestación para beneficiarios:

- 1) Formato de Solicitud FGR-10/05 (Un formato por cada beneficiario).

- 2) Comprobante de percepciones del trabajador vigente (última quincena).
 - 3) Credencial IPN del trabajador vigente.
 - 4) Copia de alta del ISSSTE vigente (se puede descargar la constancia de vigencia de derechos de la página <https://oficinavirtual.issste.gob.mx/>
 - 5) Copia de la identificación oficial vigente del beneficiario (padre, conyugue o hijos que dependan económicamente del trabajador).
 - 6) Copia acta de nacimiento vigente. (Beneficiarios hijos).
 - 7) Copia acta de matrimonio vigente. (Beneficiarios Cónyuge).
- e) Cambiar el nombre del archivo que da por defecto la maquina, por el RFC del trabajador con homoclave.
- f) Enviar por correo electrónico el archivo PDF a **capitalhumano_upiicsa@hotmail.com** para validación de documentos.
- g) Esperar la validación de documentos por parte de Capital Humano.
- h) Una vez que se obtenga la validación por Capital Humano.
- 1) Acudir a Óptica de su preferencia para que le realicen el exámen de la vista.
 - 2) Comprar los anteojos o lentes de contacto y solicitar receta médica (resultados del examen de

la vista)(uno por cada trabajador o beneficiario) impresos.

- 3) Solicitar factura(s) a NOMBRE DEL TRABAJADOR. Deberá ser una factura por persona, esto quiere decir que si el trabajador ejercerá la prestación para él/ella, más cónyuge e hijos y/o padres, deberá ser una factura por cada anteojos o lentes de contacto que adquiera y todas las facturas deberán estar a nombre del trabajador.
- 4) Sacar una copia por factura y escribir a mano en la(s) copia(s) una de las siguientes "leyendas", cual sea su caso:
 - **Facturas con valor igual o menor a \$1,699.99** (deberán anotar el monto pagado tal cual se muestra en la factura)
Ejemplo: "Recibí de conformidad los efectos la cantidad de \$1,359.50 (un mil trescientos cincuenta y nueve pesos 50/100 M.N.)"
 - **Facturas con valor igual o mayor a \$1,700.00** (Se reembolsará como máximo el importe estipulado para esta prestación).
Ejemplo de la UNICA OPCIÓN: "Recibí de conformidad los efectos la cantidad de \$1,700.00 (un mil setecientos pesos 00/100 M.N.)"
- 5) Escanear en un solo archivo en formato PDF la(s) copia(s) de la(s) factura(s) con la leyenda a mano y el (los) resultado(s) del examen de la vista.

- 6) Cambiar el nombre del archivo PDF que da por defecto la máquina, por el RFC del trabajador a 10 dígitos.
- 7) Enviar el archivo por correo electrónico a **capitalhumano_upiicsa@hotmail.com** para continuar con el proceso.

Notas Importantes:

*El reembolso se verá reflejado en el talón de de pago CFDI con la nomenclatura "RL".

*Los trabajadores que iniciaron la prestación en los CICS y quedaron pendientes de recibir los anteojos o lentes de contacto, deberán esperar que el personal de los CICS los contacten para la entrega de los mismos.

*Los trabajadores que iniciaron la prestación en el CICS pero no alcanzaron a escoger armazón o lentes de contacto, se dará por nulo el trámite y deberán apegarse a este proceso de otorgamiento.



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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PRESTACIONES PARA PERSONAS DE BASE

Ejemplo Formato Trabajador

Ciudad de México, a 07 de Septiembre del 2020

Marcar la casilla de anteojos con una X Mayúscula

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

- | | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" 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 | | | |

NO marcar ninguna casilla

Nombre del Trabajador

NOMBRE DEL BENEFICIARIO : MARIA FERNANDA FLORES AGUILAR

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERIA Y CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS

ÁREA O DEPTO. : DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO ← Área o Academia en la que se encuentra el trabajador

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

Seleccionar una opción (Docente o PAEE)

BENEFICIARIO: TRABAJADOR CÓNYUGE

HIJO HIJA

PADRE MADRE

OTROS

Solo marcar Trabajador

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES | <input checked="" type="checkbox"/> |
| COPIA CREDENCIAL IPN | <input checked="" 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"/> |

Solo marcar
Comprobante de
Percepciones y
Credencial del IPN

Firma del Trabajador con TINTA AZUL

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

MARIA FERNANDA FLORES AGUILAR
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

Nombre del Trabajador

RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Nombre del Jefe de Capital Humano de la UPIICSA

MAP. LUCIO MIZAEAL CABRERA PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO

R.F.C. CON HOMOCLOVE FOAF940309K01

ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD 1751

CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA 11507805400 0T22055-00425

TELÉFONO CON EXTENSIÓN 57296000 EXT 70049

FGR-10/05

R.F.C con homoclave del trabajador

Zona pagadora de la UPIICSA

Clave Presupuestal (se encuentra en el talón de pago, caso de tener 2 o más, solo poner 1)

Del área o academia en la que se encuentra el trabajador



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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PRESTACIONES PARA
PERSONAL DE BASE

Ejemplo Formato Beneficiario

Ciudad de México, a 07 de Septiembre del 2020

Marcar la casilla de anteojos con una X Mayúscula

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

- | | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" 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 | | | |

NO marcar ninguna casilla

Nombre del beneficiario

NOMBRE DEL BENEFICIARIO : DOMINIC GABRIEL ITURBURU FLORES

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERÍA Y CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS

ÁREA O DEPTO. : DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO ← Área o Academia en la que se encuentra el trabajador

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

BENEFICIARIO: TRABAJADOR SELECCIONAR UNA OPCIÓN (DOCENTE O PAAE)

HIJO HIJA

PADRE MADRE

OTROS ← Marcar otros en caso que el beneficiario sea concubino

Marcar una opción dependiendo el tipo de beneficiario

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES | <input checked="" type="checkbox"/> | ← Marcar comprobante y credencial |
| COPIA CREDENCIAL IPN | <input checked="" type="checkbox"/> | ← del IPN en todos los beneficiarios |
| COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO HIJOS | <input checked="" type="checkbox"/> | ← Marcarlo solo para hijos |
| COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO | <input type="checkbox"/> | ← Marcarlo solo para Cónyuge |
| COPIA DEL AVISO DE ALTA ISSSTE | <input checked="" type="checkbox"/> | ← Marcar las 2 opciones en |
| COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN VIGENTE DEL BENEFICIARIO | <input checked="" type="checkbox"/> | ← todos los beneficiarios |
| RECETA MÉDICA ORIGINAL ISSSTE O CICS | <input type="checkbox"/> | ← Dejar vacía esta casilla |

Firma del Trabajador con TINTA AZUL

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

MARIA FERNANDA FLORES AGUILAR
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

Nombre del Trabajador

RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

MAP. LUCIO MIZAEAL CABRERA PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO

Nombre del Jefe de Capital Humano de la UPIICSA

R.F.C. CON HOMOCLOVE FOAF940309K671

← R.F.C con homoclave del trabajador

ZONA PAGADORA DE LA UNIDAD 1751

← Zona pagadora de la UPIICSA

CLAVE PRESUPUESTAL COMPLETA 11507805400 0T22055-00015

← Clave Presupuestal (se encuentra en el talón de pago, caso de tener 2 o más, solo poner 1)

TELÉFONO CON EXTENSIÓN 57296000 EXT 70049

FGR-10/05

Del área o academia en la que se encuentra el trabajador