



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

"160 Aniversario de la Escuela Superior de Comercio y Administración"
"Septuagésimo Aniversario del CECyT Juan de Dios Bátiz Paredes"
"Año Mundial de la Física 2005"

México, D.F., a 24 de mayo del 2005

INFORMACIÓN PÚBLICA.

CIRCULAR No. 020

**SECRETARIO GENERAL, SECRETARIOS DE
ÁREA, COORDINADORES GENERALES,
DIRECTORES DE ÁREA, DE ESCUELAS,
CENTROS, Y UNIDADES DE ENSEÑANZA Y DE
INVESTIGACIÓN DEL D. F. Y ZONA
METROPOLITANA DEL
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
P R E S E N T E S**

Toda vez que a esta Dirección corresponde gestionar las prestaciones de **Anteojos, Lentes de Contacto, Aparatos Ortopédicos, Sillas de Ruedas, Prótesis y Aparatos Auditivos** para el Personal de Base del I.P.N., tanto Académico como de Apoyo y Asistencia a la Educación, y a efecto de realizar una administración transparente y simplificada, informo a ustedes que el trámite para el presente ejercicio se encuentra abierto y el procedimiento para la obtención de estas prestaciones será el siguiente:

1.-Para realizar el trámite de prestación de **Anteojos y Lentes de Contacto**, el interesado tiene **dos** opciones: la **primera**, es realizar dicho trámite ante el **Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (C.I.C.S.)** y la **segunda**, hacer efectiva dicha prestación con el **proveedor** que se designe por parte de esta Dirección.

2.-Antes de optar por cualesquiera de estas dos alternativas, el trabajador deberá realizar necesariamente los trámites de validación de documentación en el DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE SU CENTRO DE TRABAJO, presentando para ello los documentos que se enlistan a continuación:

| DOCUMENTO | No. TANTOS | DESCRIPCIÓN |
|--|--|--|
| Solicitud de Autorización para el trámite de Prestaciones para el Personal de Base | 2 Originales Y 2 Fotocopias | El área de Recursos Humanos deberá proporcionar 4 tantos al interesado para que éste los requisiere, firme y entregue para su autorización. |
| Comprobante de Percepciones y Descuentos | Original y 1 Fotocopia | El área de Recursos Humanos validará que el comprobante relativo corresponda a la última quincena y devolverá el original al interesado.. |
| Credencial del I.P.N. | Original Y 1 Fotocopia | El área de Recursos Humanos validará que la credencial presentada se encuentre vigente y corresponda al interesado. |
| Acta de matrimonio | 1 Copia Certificada Y 1 Fotocopia | En caso de que la prestación sea para la esposa(o), el área de Recursos Humanos deberá cotejar la copia certificada con la fotocopia y devolverá la primera al interesado. |



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

"160 Aniversario de la Escuela Superior de Comercio y Administración"
"Septuagésimo Aniversario del CECyT Juan de Dios Bátiz Paredes"
"Año Mundial de la Física 2005"

| | | |
|---|--|--|
| Acta de nacimiento | 1 Copia Certificada Y 1 Fotocopia | En caso de que la prestación sea para hijos menores de edad, el área de Recursos Humanos deberá cotejar la copia certificada con la fotocopia y devolverá la primera al interesado. |
| Aviso de Alta ante el I.S.S.S.T.E. | Original Y 1 Fotocopia | En caso de que la prestación sea para hijos mayores de 18 años o padres, el área de Recursos Humanos validará que la información contenida en dicho Aviso, corresponda con los datos asentados en la identificación oficial del familiar. |
| Identificación Oficial | Original Y 1 Fotocopia | En el caso de los hijos (menores y mayores de 18 años), esposa(o) o padres, se deberá presentar identificación oficial: I.F.E., Pasaporte o Identificación de Institución Educativa, para su validación contra Actas de nacimiento, matrimonio o Avisos de Alta ante el I.S.S.S.T.E. |
| Receta Médica del C.I.C.S. o I.S.S.S.T.E. | Original | El área de Recursos Humanos deberá validar y cotejar esta receta contra la documentación del interesado. |

De toda la documentación que se cotejó, verificó y validó el Departamento de Recursos Humanos deberá conservar una copia para integrar el **expediente** respectivo, compuesto por:

- Original de la Solicitud de Autorización para el trámite de Prestaciones para el Personal de Base;
- Comprobante de percepciones y Descuentos;
- Fotocopia Credencial I.P.N.;
- Fotocopia de Acta de matrimonio, en su caso;
- Fotocopia de Acta de nacimiento, en su caso;
- Fotocopia de Aviso de Alta ante el I.S.S.S.T.E., en su caso;
- Fotocopia de Identificación Oficial, en su caso.

3.- Primera Opción: El Departamento de Recursos Humanos del Centro de Trabajo entregará al trabajador original y dos copias de la "Solicitud de Autorización para el trámite de Prestaciones para el Personal de Base" debidamente autorizadas, con estos ejemplares el interesado deberá presentarse ante el C.I.C.S. (Unidad Santo Tomás o Unidad Milpa Alta), a efecto de solicitar el servicio y entregar los ejemplares señalados; dos tantos los conserva el C.I.C.S. para su proceso interno de atención y de control, y el otro, como acuse de recibo para el trabajador. Una vez concluido el proceso de atención, el C.I.C.S. enviará el original de la Solicitud con la documentación relativa al Departamento de Servicios Administrativos de esta Dirección para el trámite de reembolso a favor de dicho Centro.

4.- Segunda Opción: El Departamento de Recursos Humanos del Centro de Trabajo remite al Departamento de Servicios Administrativos de esta Dirección, la solicitud de trámite de **VALE** para



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

"160 Aniversario de la Escuela Superior de Comercio y Administración"
"Septuagésimo Aniversario del CECyT Juan de Dios Bátiz Paredes"
"Año Mundial de la Física 2005"

recibir la prestación con el proveedor designado. Una vez aprobada la prestación, el Departamento de Servicios Administrativos remitirá el **VALE** correspondiente al Departamento de Recursos Humanos del Centro de Trabajo para que por su conducto sea entregado al trabajador quien deberá hacerlo efectivo ante el proveedor.

5.- Por lo que se refiere a **Aparatos Ortopédicos, Auditivos, Sillas de Ruedas y Prótesis** se realizarán las actividades ante el Departamento de Recursos Humanos del Centro de Trabajo, como se establece en el inciso 2 anterior e invariablemente se continuará con lo señalado en el punto 4.- Segunda Opción.

En caso de tener alguna duda o requerir orientación sobre los trámites, estamos a sus órdenes en el teléfono 5729-6000 extensiones 51004 y la 51087.

Agradeceré su valioso apoyo para que la presente sea ampliamente difundida entre toda la comunidad politécnica para su observancia y aplicación.

ATENTAMENTE
"LA TÉCNICA AL SERVICIO DE LA PATRIA"


DR. HÉCTOR MARTÍNEZ CASTUERA
DIRECTOR



SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN PÚBLICA
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE RECURSOS
HUMANOS
CI.09 12



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

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

México, D.F. a _____

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 | | | |

A favor de: _____

ADSCRIPCIÓN: _____

- | | | |
|----------------|-------------------------------------|--|
| TIPO DE PLAZA: | <input type="checkbox"/> ACADÉMICO | <input type="checkbox"/> PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN |
| BENEFICIARIO: | <input type="checkbox"/> TRABAJADOR | <input type="checkbox"/> CÓNYUGE |
| | <input type="checkbox"/> HIJO | <input type="checkbox"/> HIJA |
| | <input type="checkbox"/> PADRE | <input type="checkbox"/> MADRE |
| | <input type="checkbox"/> OTROS | |

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| COPIA COMPROBANTE PERCEPCIONES | <input type="checkbox"/> |
| COPIA CREDENCIAL IPN | <input type="checkbox"/> |
| ACTA NACIMIENTO HIJOS | <input type="checkbox"/> |
| ACTA MATRIMONIO | <input type="checkbox"/> |
| AVISO ALTA ISSSTE | <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 RECURSOS HUMANOS QUE AUTORIZA

R.F.C. _____

CLAVE PRESUPUESTAL _____

TÉLEFONO CON EXTENSIÓN _____