



PAGO DE ANTEOJOS

Requisitos para pago de anteojos	
01	Formato de solicitud para el pago de ayuda de anteojos, llenado de manera legible a computadora o con letra de molde tinta color azul.
02	Receta original con diagnóstico que contenga el nombre completo del médico, cédula profesional y firma.
03	Factura a nombre y RFC del trabajador.
04	Verificación de la factura.
05	Último comprobante quincenal.
06	Original y copia de la identificación oficial (vigente).
07	XML.



FECHA: _____

FORMATO DE SOLICITUD PARA EL PAGO POR AYUDA DE ANTEOJOS

COORDINADOR ESTATAL DEL
IMSS BIENESTAR EN

PRESENTE

AT'N: _____
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Con el fin de garantizar los derechos individuales de los trabajadores transferidos, me permito solicitar ser incluida(o) para el otorgamiento del **pago por ayuda de anteojos** del presente periodo fiscal; por lo que proporciono los siguientes datos:

NOMBRE	
RFC Y CURP	
PUESTO (CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN)	
ADSCRIPCIÓN (CLUES Y NOMBRE)	
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	
SUBDIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO	
NÚMERO CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO	

SE AUTORIZA EL PAGO VÍA NOMINA POR LA CANTIDAD DE \$ _____ PESOS POR AYUDA DE ANTEOJOS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 130 FRACCIÓN XXXIV DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

*Todas las solicitudes deberán ser llenadas de manera legibles a computadora o con letra de molde y tinta color azul.