

**COORDINACIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE CAPITAL HUMANO
DEPARTAMENTO TRAMITES DE PRESTACIONES
REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DE LENTES SEC/SEES**

CONCEPTO	CLAVE ESTATAL	CLAVE FEDERAL	IMPORTE	PERIODO DE PAGO	ALCANCE	BENEFICIARIOS	OBSERVACIONES
APOYO PARA LENTES	SEES 30	SEC 31	\$2,185.00, PARA TRABAJADOR SEC/SEES	PAGO UNICO ANUAL	ESTE BENEFICIO ES EXTENSIVO AL CÓNYUGE DEL TRABAJADOR (A), O PARA EL CASO DE MADRES SOLTERAS TRABAJADORAS DE (SEC) SE PODRÁ HACER EXTENSIVO A UN HIJO (A), PREVIA PRESCRIPCIÓN MEDICA DEL ISSSTE O ISSSTESON.	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN (PAAE)	SE DEBE CONTAR CON 6 MESES DE ANTIGÜEDAD EN PLAZA BASE.
			\$2,185.00, PARA BENEFICIARIO		TRABAJADOR VARÓN, NO PUEDE TRAMITAR LENTES AL HIJO (A), ÚNICAMENTE AL CONYUGE, *NOTA: CON LA SALVEDAD RESPECTO DEL HIJO DE QUE SOLO SE PODRA OTORGAR EL APOYO EN EL CASO DE QUE ESTE TENGA LA PATRIA POTESTAD Y/O CUSTODIA LEGALMENTE DETERMINADA POR AUTORIDAD JURISDICCIONAL	HIJOS Y/O CONYUGES	*NOTA: NO CUBRE PARA PERSONAL INTERINO.

REQUISITOS PARA TRABAJADOR (A) - (PAAE)

- SOLICITUD PARA ACLARACIÓN Y/O TRÁMITE DE PAGO, <https://portales.sec.gob.mx/rh/> ***NOTA:** DATOS PERSONALES Y LABORALES COMPLETOS DEL EMPLEADO, ELEGIR SISTEMA AL QUE PERTENECE, EN MOTIVO DE TRAMITE SELECCIONAR (APOYO DE LENTES), NOMBRE Y FIRMA, LUGAR Y FECHA
- PRESUPUESTO DE ÓPTICA O FACTURA A NOMBRE DEL TRABAJADOR (A), EL CUAL DEBERA ESPECIFICAR DIAGNOSTICO Y EL TIPO DE LENTE QUE REQUERIRA
- RECETA MÉDICA EXPEDIDA POR ISSSTE O ISSSTESON A NOMBRE DEL TRABAJADOR (A), ***NOTA:** ES NECESARIO QUE CONTENGA SELLO DE LA INSTITUCIÓN
- COPIA TALÓN DE CHEQUE

REQUISITOS PARA BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR (A) - (PAAE) HIJOS Y/O CONYUGES

- PRESUPUESTO DE ÓPTICA A NOMBRE DEL BENEFICIARIO, EN CASO DE PRESENTAR FACTURA ESTA DEBERA ESTAR A NOMBRE DEL TRABAJADOR (A) ESPECIFICANDO DIAGNOSTICO Y EL TIPO DE LENTE QUE SE REQUIERA
- RECETA MÉDICA EXPEDIDA POR ISSSTE O ISSSTESON A NOMBRE DEL BENEFICIARIO, EN CASO DEL CONYUGE DE LA TRABAJADORA QUE NO CUENTE CON SERVICIO MEDICÓ DEBERA SOLICITAR A LA ÓPTICA EVALUACIÓN DE DIAGNOSTICO Y TIPO DE LENTE QUE REQUIERA (**SOLO PERSONAL ESTATAL**)
- ACTA DE NACIMIENTO EN CASO DE SOLICITAR EL BENEFICIO AL HIJO (A), ***NOTA:** MAYORES DE EDAD, PRESENTAR COMPROBANTE DE ESTUDIOS CON VIGENCIA NO MAYOR A 15 DÍAS
- ACTA DE MATRIMONIO CON VIGENCIA NO MAYOR A 6 MESES