



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

PRÓTESIS DENTAL CLAUSULA 194 DEL CCT

1. Entregar el original del diagnóstico odontológico emitido por el ISSSTE en el módulo 11 de la Coordinación de Recursos Humanos en un horario de 9:00 a 14:00 horas.
2. En caso de no tener datos de alta a los beneficiarios en prestaciones deberán enviar adicionalmente la siguiente documentación de acuerdo al tipo de beneficiario:
 - Cónyuge: Acta de nacimiento y acta de matrimonio.
 - Padres: Acta de nacimiento y Acta de dependencia Económica.
 - Hijos (Menores de 18 años): Acta de nacimiento
 - Hijos (Mayores de 18 años y menores de 25): Acta de nacimiento y constancia de estudios actualizada).
3. Una vez recibida la solicitud, se procesa y en caso de no encontrar inconsistencias se le enviará a su correo la fecha en que podrá pasar a recoger su oficio con el presupuesto autorizado por la Universidad, así como la carta de conformidad.
4. Posteriormente deberá entregar los archivos digitales de la factura (XML y PDF), la carta de conformidad debidamente llenada y el ticket de pago en el módulo 11, para poder proceder con el reembolso correspondiente.
5. Una vez recibida la factura, carta de aceptación y el ticket y en caso de no encontrar inconsistencias se le notificará a su cuenta de correo electrónico la fecha en que podrá recoger su cheque en la sección de caja.

Notas:

Para poder recibir la prestación es necesario que presente el diagnóstico clínico original.

El diagnóstico clínico debe indicar tipo de prótesis que requiere, así como los órganos dentales.

La factura debe venir a nombre de la universidad por concepto de ISR e IVA (En caso de aplicar). Los datos fiscales son: RFC: UAM740101AR1 Domicilio: Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14387, Ciudad de México.

Atentamente.

Coordinación de Recursos Humanos



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

CARTA DE CONFORMIDAD
PROTESIS DENTAL

Hago constar haber recibido a mi entera y completa satisfacción el trabajo de prótesis dental realizado por el Dr. (Dra.) _____, con cédula profesional _____, y cuyo costo total asciende a la cantidad de \$ _____ (_____), otorgado a _____.

(Nombre del trabajador ó beneficiario)

México D.F. a _____ de _____ de _____.

A T E N T A M E N T E

(Nombre y firma del trabajador)

No. De Empleado: _____