



Form.
PS.6.4

Carta Poder

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|------------|-----------------------|--|---------|-----------|---------|---|--------|---|----|
| Frente | | Expediente | | | | Beneficio | | | | | |
| Código de Area | | Organismo | Número de CUIL / CUIT | | Trámite | Sec | Ex Caja | T | Número | C | DV |

Quien suscribe:

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------|------|--------|-------------|------|------|
| Apellido/s y Nombre/s del/la Titular | | | | | Tipo y N° de Documento / CUIL | | | Prov. Emis. | Sexo | Nac. |
| Domicilio del/la Titular: Calle | | | | | Número | Piso | Depto. | Cód. Postal | | |
| Localidad | | | | | | | | Prov. | | |

OTORGA PODER Para Tramitar (*) Para Percibir (*) Tipo de Trámite _____ (**)

A Don/ña:

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|------|------|-----------|---------------------|-----------|----------------------|--|-------------------|
| Apellido/s y Nombre/s o Entidad Representante | | | | | | Cód.Repres. | | N° Matrícula Profes. | | |
| Tipo y N° de Documento | | Prov. Emis. | Sexo | Nac. | Est.Civil | Fecha de Nacimiento | | Fecha Alta | | Fecha Vencimiento |
| Parentesco | | Domicilio del Representante: Calle | | | | Número | Piso | Depto. | | |
| Cód. Postal | | Localidad | | | | | Provincia | | | |

Para que en su nombre y representación actúe ante esta Administración Nacional de la Seguridad Social dentro de los términos y limitaciones, que fija la Ley 17.040 (T.O. 1974), relevando a esta Administración de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

Firma del Apoderado

Firma del Poderdante

Certificación de Identidad y Firmas por Autoridad Competente

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

| | |
|---------|------------------|
| Repres. | Cód. Ag. Pagador |
|---------|------------------|

Otorga PODER PARA PERCIBIR, al BANCO:

Para que en su nombre y representación perciba sus haberes, con facultad para suscribir recibos y demás resguardos que esta Administración Nacional de la Seguridad Social exija o pueda exigir; declarando especialmente que el presente PODER quedará subsistente, sin restricción ni modificación alguna, hasta tanto presente ante esta Administración la revocación expresa del mismo, ya sea por escritura pública o por nueva Carta Poder, sin cuyo requisito se deberá tener por válido este Poder.

Lugar y Fecha

Firma del Poderdante

Declaramos aceptar la presente CARTA PODER y certificamos que la firma y el documento de identidad que obran precedentemente pertenecen a Don/ña: _____

SELLO DE LA
INSTITUCION BANCARIA

Lugar y Fecha

Firma, Sello y Cargo

Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios grisados.

(*) Marcar con X donde corresponda.

(***) Completar sólo en caso de Abogado/Gestor.

SR. BENEFICIARIO:

Para efectuar cualquier trámite, deberá presentar:

- **Documento de Identidad: L.C, L.E o D.N.I, si es argentino o naturalizado; C.I o D.N.I si es extranjero.**
- **Ultimo recibo de haberes (O.P.P).**

| INSTRUCCIONES | | |
|---------------------------------|---------|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | CODIGOS | ESPECIFICACIONES |
| Libreta de Enrolamiento | LE | Masculino |
| Libreta Cívica | LC | Femenino |
| Documento Nacional de Identidad | DU | A partir del número 10.000.000 en adelante |
| Documento Nacional de Identidad | LM (*) | Masculino con número inferior a 10.000.000 |
| Documento Nacional de Identidad | LF (*) | Femenino con número inferior a 10.000.000 |
| Documento Nacional de Identidad | DU | Para extranjeros con número superior a 90.000.000 |
| Cédula de Identidad | CI | Sólo para extranjeros |

(*) Para facilitar la identificación de estos casos se recuerda que el D.N.I presentado incluye "F" o "M" antecediendo al número de documento.

Provincia de Emisión: este dato se informará sólo si el documento a relevar es C.I consignando código de provincia según tabla:

| | | | | | | | | | |
|-----------------|-----|------------|-----|----------|-----|------------|-----|-----------------|-----|
| Capital Federal | CFE | Chaco | CHA | La Rioja | LRI | Río Negro | RNE | Santa Fe | SFE |
| Buenos Aires | BAI | Chubut | CHU | La Pampa | LPA | Salta | SAL | Sgo. del Estero | SDE |
| Catamarca | CAT | Entre Ríos | ERI | Mendoza | MEN | San Juan | SJU | T. del Fuego | TDF |
| Córdoba | CBA | Formosa | FOR | Misiones | MIS | San Luis | SLU | Tucumán | TUC |
| Corrientes | COR | Jujuy | JUJ | Nequén | NEU | Santa Cruz | SCR | | |

Sexo: Indicar "M" masculino y "F" femenino. **Nacionalidad:** Indicar "A" para argentino y "E" para extranjero.

Estado Civil: Indicar: 1- Soltero / 2- Casado / 3- Viudo / 4- Divorciado / 5- Separado de Hecho / 6- Separado Legal / 7- Conviviente.

Domicilio: consignar código según tabla de provincia indicada.

Domicilio "Zona Rural": cuando el domicilio del Apoderado se encuentre en "Zona Rural" podrán utilizarse, sin discriminación, los espacios previstos para: Calle, Número, Piso y Departamento.

REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA CONCEDER PODER

De acuerdo a lo establecido por la Ley 17.040 (T.O. 1974) se podrá conceder a :

*** PARA TRAMITAR Y/O PERCIBIR**

- Cónyuge y parientes por consanguinidad hasta el 4º grado o por afinidad hasta 2º grado.
- Abogado o Procurador

*** PARA PERCIBIR**

- Entidades Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales.
- Instituciones Bancarias.
- Mutuales e Instituciones de Asistencia Social debidamente registradas.
- Directores o Administradores de Hospitales, Sanatorios, Asilos o Establecimientos similares de carácter público o privado que cuenten con autorización para funcionar, o de Funcionarios de estos establecimientos expresamente facultados por aquellos en los que se encuentran internados los beneficiarios.
- Cualquier persona hábil, si el beneficiario acreditare mediante certificado médico que se encuentra imposibilitado para movilizarse.

Podrán CERTIFICAR el presente formulario:

- Autoridad Previsional, Judicial, Policial o Consular competente. Escribano, Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que se encuentre internado el Poderdante.

VALIDEZ DE CERTIFICACION:

- **Para Tramitar:** Ciento veinte (120) días a partir de la fecha de certificación.
- **Para Percibir:** Treinta (30) días a partir de la fecha de certificación.

Para cualquier consulta solicite asesoramiento al personal de esta Administración.