



Form. PS6.4

### Carta Poder

Frente

|                |                   |                       |         |     |                  |   |        |   |
|----------------|-------------------|-----------------------|---------|-----|------------------|---|--------|---|
| Código de Area | <b>Expediente</b> |                       |         |     | <b>Beneficio</b> |   |        |   |
|                | Organismo         | Número de CUIL / CUIT | Trámite | Sec | Ex-Caja          | T | Número | C |

#### 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 (\*)

#### 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 Nacimiento | Fecha Alta           | Fecha Vencimiento |
| Parentesco                                    |             | Domicilio del Representante: Calle |      |              | Número           | Piso                 | Depto.            |
| Cód. Postal                                   | Localidad   |                                    |      |              |                  | Prov.                |                   |

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

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

**Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios grisados**  
(\* ) Marcar con X donde corresponda

**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 extranjero 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 Fé        | 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      | JJJ | Neuquén  | 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 4° grado o por afinidad hasta el 2° 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.**