



Form
PS 6.4

Carta Poder

Frente		Expediente				Beneficio					
Código de Área		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° Matricula 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				
Cod 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 Civica	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	Rio Negro	RNE	Santa Fe	SFE
Buenos Aires	BAI	Chubut	CHU	La Pampa	LPA	Salta	SAL	Sgo. del Estero	SDE
Catamarca	CAT	Entre Rios	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**

- Conyuge 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.