

TITULO : CARTA PODER PARA TRAMITAR	Código: E-124
	Revisión: 5
	Confeccionó: G.M.
	Vigencia: 29/09/16
	Página: 1 de 2

FECHA: de de

TIPO DE BENEFICIO: JUBILACIÓN PENSIÓN RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

EXPEDIENTE Nº

QUIEN SUSCRIBE:

Apellido/s			Nombres			
DNI	Doc.Extr.	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad		CUIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio						
Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mail			Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	

OTORGA PODER PARA TRAMITAR (A)A:

En carácter de:	(B)				
Apellido/s			Nombres		
DNI	Doc. Extr	Mail	Teléfono Fijo		Teléfono Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					
Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(A): El Apoderado del beneficiario a través de esta Carta Poder puede representar al mismo a través de su sola firma en todos los trámites previsionales ante este Instituto de Previsión Social (IPS), excepto en los siguientes casos que son de carácter personalísimo:

1. Iniciación del trámite previsional (Jubilación, Pensión o Reconocimiento de Servicios) donde debe estar certificado el formulario de Iniciación correspondiente con la firma del beneficiario por Agentes de IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz; Autoridad Consular competente, Escribano con registro y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.
2. Firma de Declaraciones Juradas que deben ser suscriptas sólo por el beneficiario.
3. Asumir compromisos de Pago de Deudas en nombre del beneficiario.

(B): Para que en su nombre y representación actúe ante este Instituto de Previsión Social (IPS) dentro de los términos y limitaciones que fija el Decreto Ley 8893/77 y modificatorias y demás legislación concordante, relevando a este Instituto de este mandato por los actos de su Apoderado. Asimismo, Poderdante y Apoderado asumen el compromiso de informar dentro de los treinta (30) días de producido, todo cambio en sus datos que fueron consignados más arriba, como también ante la revocación del poder por parte del Poderdante o la renuncia del Apoderado al mandato conferido. La representación puede ser a través de:

- a. Cónyuge
- b. Parientes: Hasta 4º grado de consanguinidad
- c. Abogados
- d. Procuradores
- e. Gestores
- f. Tutores, Curadores
- g. Representantes necesarios
- h. Representantes designados por asociaciones de jubilados y pensionados con personería jurídica debidamente autorizados por el IPS

Revisión Nº	Fecha	Motivos del Cambio
5	29/09/16	◆ Cambio de logo.

Form. E-124 R5

Hoja 2 de 2

- i. Representantes designados por asociaciones de trabajadores con personería gremial debidamente autorizados por el IPS
- j. Gestores oficiales designados por organismos o dependencias nacionales (*)
- k. Gestores oficiales designados por organismos o dependencias provinciales (*)
- l. Gestores oficiales designados por organismos o dependencias municipales (*)

(*) Estos Gestores de Organismos o Dependencias deberán acompañar esta Carta Poder con la designación como delegados suscripta por la autoridad superior del organismo o dependencia correspondiente.

Firma del Apoderado

Firma del Poderdante

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)

Certifico que los datos consignados son copia fiel de los obrantes en los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuvo a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.

.....
Lugar y Fecha

.....
Sello

.....
Firma

.....
Aclaración de Firma y Cargo

(**) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consular competente, Escribano con registro, Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, Autoridades Gremiales y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.

NOTAS:

1. El presente trámite tendrá validez por un período de ciento veinte (120) días entre la fecha de su procesamiento y la fecha de ingreso al IPS, vencido el mismo quedará sin efecto.
2. La presente Carta Poder tendrá validez por dos (2) años contados desde su fecha de ingreso al IPS.
3. Los datos registrados en la presente CARTA PODER revisten el carácter de DECLARACIÓN JURADA, sobre todo en lo que respecta a los ítems de representatividad de los casos a y b (Cónyuge y Parientes).
4. En los casos f y g (Tutores, Curadores y Representantes necesarios) la representación deberá acreditarse mediante testimonio judicial o documentación que demuestre el vínculo.
5. En los casos e (gestores), deberán acompañar a esta CARTA PODER la Autorización de Gestión emitida por el Colegio de Gestores con la oblea de seguridad correspondiente.