

<b>TITULO :</b>  <b>CARTA PODER PARA PERCIBIR</b>	<b>Código:</b> E-173
	<b>Revisión:</b> 7
	<b>Confeccionó:</b> G.M.
	<b>Vigencia:</b> 29/09/16
	<b>Página:</b> 1 de 2

FECHA:  de  de

TIPO DE BENEFICIO: JUBILACIÓN  PENSIÓN  Nº DE BENEFICIO:

**QUIEN SUSCRIBE:**

Apellido/s		Nombres				
DNI		Doc.Extr.	Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	CUIL
Domicilio						
Calle		Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
Mail			Teléfono 1		En carácter de (I) :	
					Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>	

**OTORGA PODER PARA PERCIBIR A:**

Apellido/s		Nombres			CUIL / CUIT
DNI	Doc.Extr.	Mail	Teléfono Fijo		Teléfono Celular
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					
Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal

**Y A FAVOR DE:** (completar solo en caso de que existan dos apoderados)

Apellido/s		Nombres			CUIL / CUIT
DNI	Doc.Extr.	Mail	Teléfono Fijo		Teléfono Celular
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					
Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal

Firma del Apoderado

Firma del Apoderado (2)  
(solo en caso de dos apoderados)

Firma del Poderdante (Beneficiario)

Revisión Nº	Fecha	Motivos del Cambio
7	29/09/16	◆ Cambio de logo.

**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 Funcionarios del IPS, 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.

**NOTAS:** (I) El que suscribe la carta poder puede hacerlo en carácter de **beneficiario** o de **padre / madre en ejercicio de la patria potestad** otorgando poder a favor de un tercero para percibir los haberes. En este último caso, deberá adjuntar certificado de nacimiento y supervivencia del menor. Los tutores y curadores no están habilitados a conferir poder.

**Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada y habilitan al Organismo a actualizar los datos personales del beneficiario. El presente mandato tendrá un plazo de vigencia de seis ( 6 ) meses a contar desde la fecha de su otorgamiento y podrá ser prorrogado tantas veces como sea necesario.**