

## CARTA PODER PARA PERCIBIR

TIPO DE BENEFICIO: **JUBILACIÓN**  **PENSIÓN**  **Nº DE BENEFICIO:**.....

### QUIEN SUSCRIBE :

Apellido/s		Nombre/s				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	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		En carácter de:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>		

### OTORGA PODER A:

Apellido/s		Nombre/s		CUIL / CUIT		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Mail		Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
<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"/>				

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Cuando el poder sea suscripto por un **representante legal** (padre/madre en ejercicio de la patria potestad) a favor de un tercero deberá adjuntar certificado de nacimiento y supervivencia de ambos. **Los tutores y curadores y otros sistemas de apoyo no pueden conferir poder.**

\_\_\_\_\_  
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 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.

**Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada. El presente mandato tendrá un plazo de vigencia de seis (6) meses a contar desde la fecha de su otorgamiento y podra ser prorrogado tantas veces como sea necesario.**

Para cualquier consulta puede dirigirse a la Sede Central del IPS, o al Centro de Atención Previsional más cercano a su domicilio ó llamar al 148.