

CARTA PODER PARA TRAMITAR

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:

TIPO DE TRAMITE: (A)

Apellido/s		Nombre/s		Carácter	Nº Matricula Profesional	
<input type="text"/>		<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Para que en su nombre y representación actúe ante este organismo provincial, relevando de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado a este Instituto. **Los datos registrados en la presente CARTA PODER revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA**, manifestando conocer las penas impuestas por el Código Penal por el delito de insertar o hacer insertar declaraciones falsas.

Firma del Apoderado/a

Firma del Poderante

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 Consultar 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:

(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 Agente 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 4° grado de consanguinidad ó 3° grado de afinidad
- c. Abogados (*)
- d. Procuradores (*)
- e. Gestores (*)
- f. Tutores, Curadores, Representantes necesarios (**)
- g. Representantes designados por asociaciones de jubilados y pensionados con personería jurídica debidamente autorizados por el IPS. (*)
- h. Representantes designados por asociaciones de trabajadores con personería gremial debidamente autorizados por IPS.(*)
- i. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias nacionales (*) (***)
- j. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias provinciales (*) (***)
- k. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias municipales (*) (***)

(*) Los abogados, procuradores, y representantes legales deberán estar inscriptos en el Registro de Profesionales del IPS. Resolución 11/12

(**) La representación deberá acreditarse mediante testimonio judicial o documentación que demuestre el vínculo, salvo supuesto fundado en que no resulte pertinente.

(***) 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.

VALIDEZ DE LA CARTA PODER

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.

SEÑOR BENEFICIARIO:

Recuerde que para realizar cualquier trámite deberá presentar si es argentino o naturalizado DNI y si es extranjero CI ó DNI.

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