

CARTA PODER PARA TRAMITAR

QUIEN SUSCRIBE:

Apellido/s				Nombres			
DNI		Doc.Extr.		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	
Domicilio							
Calle			Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
Correo electrónico					Teléfono Fijo		Teléfono Celular

OTORGA PODER PARA TRAMITAR A:

TIPO DE TRAMITE: (A)

Apellido/s		Nombres		Carácter		Nº Matricula Profesional	
				apoderado			
DNI		Doc. Extr		Correo electrónico		Teléfono Fijo	Teléfono Celular
				consultasjubilatorias@jusbuenosaires.gov.ar		0221-4104400	int 4300
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)							
Calle		Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal	
13		805	8	-	La Plata	1900	

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 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 :

(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 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 el IPS. (*)
- i. Gestores oficiales designados por organismos o dependencias nacionales (*) (***)
- j. Gestores oficiales designados por organismos o dependencias provinciales (*) (***)
- k. Gestores oficiales designados por organismos 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 0800-999-4777.**