

**ANSES****Formulario**  
PS. 6.4**Carta Poder****Frente**

Código de área 	Actuación				Prestación o beneficio			
	Organismo 	Número 	Trámite 	Sec 	Ex caja 	Número 	C 	DV 

**Quien suscribe:**

Apellido/s y nombre/s de la persona titular						DNI 	
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	argentina/o <input type="checkbox"/>	extrajera/o <input type="checkbox"/>	
Domicilio de la persona titular						Número 	Piso 
Barrio						Localidad / Departamento / Municipio	Provincia

**Otorga poder** para tramitar (\*) ☐ para percibir (\*) ☐ Tipo de trámite: \_\_\_\_\_ (\*\*) **A:**

Apellido/s y nombre/s o entidad representante						Código de representante 		N° de matrícula profesional 	
DNI / CUIL 				Fecha de nacimiento 		Fecha de alta 		Fecha de vencimiento 	
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	argentina/o <input type="checkbox"/>	extrajera/o <input type="checkbox"/>	Parentesco		

**Domicilio de la persona representante**

Calle						Número 	Piso 	Depto 	Código postal 
Barrio						Localidad / Departamento / Municipio	Provincia		

para que la persona o entidad representante actúe ante la ANSES en su nombre y representación, en el marco de los términos y limitaciones fijados por la Ley 17.040. La persona o entidad apoderada queda investida con todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato: presentar todo tipo de documentos, escritos, solicitudes y todo acto, gestión y/o diligencia necesaria para un mejor desempeño de este mandato que confiero en forma amplia. Asimismo, relevo a la ANSES de las consecuencias de los actos que la persona o entidad apoderada realice por efecto de este mandato que aquí concedo.

Firma de la persona apoderada

Firma de la persona que confiere el poder

**Certificación de Identidad y Firmas por Autoridad Competente**

Certifico que los datos personales informados precedentemente son copia fiel de los que se encuentran en los documentos de identidad que se indican, que tuve a la vista y que las firmas fueron realizadas en mi presencia. Leída y ratificada, se la otorga y firma ante mí, doy fe.

Lugar y fecha

Firma y sello de autoridad certificante

Representante 	Código de agente pagador 	<b>Otorga poder para percibir al banco:</b> _____ para que en su nombre y representación perciba sus haberes, con facultad para suscribir recibos y demás resguardos que la ANSES exija o pueda exigir; declarando especialmente que el presente poder quedará subsistente, sin restricción ni modificación alguna, hasta tanto presente ante esta Administración la revocación expresa del mismo, ya sea por escritura pública o por nueva Carta Poder, sin cuyo requisito se deberá tener por válido a este poder.
-------------------	------------------------------	--

Lugar y fecha

Firma de la persona que confiere el poder

Declaramos aceptar la presente Carta Poder y certificamos que la firma y el documento de identidad que obran precedentemente pertenecen a:

Lugar y fecha

Firma, sello y cargo

**Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios en gris**

**Para efectuar cualquier trámite deberá:**

- **Acreditar identidad con DNI si es argentino/a o naturalizado/a - CI o DNI si es extranjero/a** (de no poseer DNI, presentar constancia de DNI en trámite)
- **Adjuntar el último recibo de haberes (OPP)**

INSTRUCCIONES		
TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGOS	ESPECIFICACIONES
Documento Nacional de Identidad	DU	A partir del número 10.000.000 en adelante
Documento Nacional de Identidad	LM (*)	Masculino con número inferior a 10.000.000
Documento Nacional de Identidad	LF (*)	Femenino con número inferior a 10.000.000
Documento Nacional de Identidad	DU	Para extranjeros/as con número superior a 90.000.000
Cédula de Identidad	CI	Sólo para extranjeros/as

(\*) Para facilitar la identificación de estos casos se recuerda que el DNI presentado incluye "F" o "M" antecediendo al número de documento.

**Provincia de emisión:** este dato se informa sólo si el documento es CI, consignando código de provincia según tabla:

Buenos Aires	BAI	Chaco	CHA	La Rioja	LRI	Río Negro	RNE	Santa Fe	SFE
Capital Federal	CFE	Chubut	CHU	La Pampa	LPA	Salta	SAL	Santiago del Estero	SDE
Catamarca	CAT	Entre Ríos	ERI	Mendoza	MEN	San Juan	SJU	T. del Fuego	TDF
Córdoba	CBA	Formosa	FOR	Misiones	MIS	San Luis	SLU	Tucumán	TUC
Corrientes	COR	Jujuy	JUJ	Neuquén	NEU	Santa Cruz	SCR		

**Sexo:** indicar "M" masculino, "F" femenino o "X" para otros géneros.

**Nacionalidad:** indicar "A" para argentina/o y "E" para extranjera/o.

**Estado civil:** indicar:

1. Soltero/a	3. Viudo/a	5. Separado/a de hecho	7. Conviviente
2. Casado/a	4. Divorciado/a	6. Separado/a legal	

**Domicilio:** consignar el domicilio de residencia según la tabla de provincias.

**Domicilio en zona rural:** cuando el domicilio de la persona o la persona apoderada se encuentre en zona rural podrán utilizarse, sin discriminación, los espacios previstos para calle, número, piso y departamento.

**REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA CONCEDER PODER**

De acuerdo a lo establecido por la Ley 17.040 (TO 1974) se puede conceder poder:

**PARA TRAMITAR Y/O PERCIBIR:**

- a cónyuge y parientes por consanguinidad hasta el 4º grado, a parientes por afinidad hasta 2º grado
- abogado/a o procurador/a.

**PARA PERCIBIR:**

- Entidades públicas nacionales, provinciales o municipales
- Instituciones bancarias
- Mutuales o instituciones de asistencia social debidamente registradas
- Directores/as o administradores/as de Hospitales, Sanatorios, Asilos o establecimientos similares (públicos o privados) que cuenten con autorización para funcionar o funcionarios/as de estos establecimientos (expresamente facultados por aquellos/as) y en los que se encuentren internadas las personas beneficiarias.
- Cualquier persona hábil, siempre y cuando la persona beneficiaria acredite a través de certificado médico que se encuentra imposibilitada para desplazarse.

**Podrán CERTIFICAR el presente formulario:**

- Autoridad previsional, judicial, policial o consular competente.
- Escribano/a, Director/a o Administrador/a de Hospital, Sanatorio o establecimiento similar en el que se encuentre internada la persona que confiere el poder.

**VALIDEZ DE CERTIFICACION:**

**Para tramitar:** 120 días a partir de la fecha de certificación.

**Para percibir:** 30 días a partir de la fecha de certificación.

**Ante cualquier duda o por cualquier consulta solicite asesoramiento a personal de ANSES**