

CARTA PODER

Expediente N°

Jubilación N°.....

Pensión N°.....

Quien suscribe;.....

Otorga PODER a Dn/ña.....

en su carácter de A los efectos actuar ante el Instituto Municipal de Previsión Social, en su nombre y representación:

PARA PERCIBIR

Los importes que se liquiden en su favor por intermedio de ese Instituto, y los que posteriormente le correspondan percibir mensual o bimestralmente, por reajustes, retroactividades o por cualquier otro concepto, ajustado a las normas y limitaciones determinadas por Ley 18.746, relevando desde ya al I.M.P.S., de las consecuencias de este mandato y de los actos de su apoderado.-

Poderdante y apoderado declaran asimismo, bajo juramento, que su parentesco es el indicado Precedentemente,-
Para revocar el presente poder, el titular lo deberá hacer por escrito ante el I.M.P.S..El otorgado sobre la base del Art. 4to.. Inciso F de la Ley 18.746, si no se revoca en la forma indicada precedentemente, caducará Automáticamente al año de expedido,-

Firma o Impresión Dígito
Pulgar Derecho Apoderado

Firma o Impresión Dígito
Pulgar Derecho Poderdante

CERTIFICADO DE FIRMAS DE PODERDANTE

CERTIFICO QUE Don/ña: _____

Con domicilio en: _____ TE. _____

Quien acredita su identidad con _____ N° _____ Expedida por: _____

Ha suscripto y ratificado ante mi en la fecha, el presente Poder para **PERCIBIR.-**

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

CERTIFICADO DE FIRMA DEL APODERADO

CERTIFICO que Don/ña: _____

Con domicilio en: _____ TE _____

Quien acredita su identidad con _____ N° _____ Expedida Por _____

Estado Civil _____ Sexo ____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento _____

Ha suscripto ante mí en la fecha, el presente PODER.-

Si es profesional indicar: Matricular _____ Tomo _____ Folio _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

Visto el PODER, otorgado y encontrándose el mismo en forma, de acuerdo a lo establecido por la Ley 18.746, por la presente se lo acepta, debiéndose tener como representante para **PERCIBIR a Dn/ña**

Lugar y Fecha

Firma y Sello de Funcionario Autorizante

INSTRUCCIONES

1) Indicar el grado de parentesco de conformidad con lo establecido por el Art. 1º) de la Ley 18.746.-

CONYUGE

Parientes por consanguinidad:

LINEA DESCENDENTE	LINEA ASCENDENTE	LINEA COLATERAL
HIJOS	PADRES	2º grado HERMANOS
NIETOS	ABUELOS	3º grado TIOS Y SOBRINOS
BISNIETOS	BISABUELOS	4º grado PRIMOS HNOS. Y SOBRINOS NIETOS

Parientes por Afinidad :

1º Grado: Yerno, Nuera Padrinos, Suegros e Hijastros

2º Grado: Cuñados, Hermanastros

Abogado –Procurador

Indicar a quien se concede la presentación, teniendo en cuenta que el Art. 4º) de la Ley 18.746 la confiere en:

- a) Entidades Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales.
- b) Instituciones Bancarias
- c) Mutualidades e Instituciones de Asistencia Social debidamente registrados .
- d) Directores o Administradores de Hospitales, Sanatorios, Asilos o establecimientos expresamente facultados por aquellos, en los que se encuentren internados los beneficiarios.
- e) El cónyuge, ascendientes, descendientes y parientes colaterales hasta el 4º grado, por afinidad hasta 2º grado, indicados en el apartado anterior.

Los representantes diplomáticos y consultores acreditados ante el gobierno de la Nación de conformidad con lo establecido en las convenciones que se celebran con los respectivos países.

- f) Cualquier persona hábil, si el beneficiario acreditare mediante certificado médico que se encuentra imposibilitado para movilizarse.

2) La autoridad certificante, testara lo que corresponda.-

3) PODRAN CERTIFICAR: Autoridad Previsional, Judicial, Policial o Consular competente, Escribano, Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que esté internado el poderdante.-

Mesa de Entradas / / Hora: Firma	Liquidación de Haberes /Cómputos / / Firma	Autorizó Firma
---	---	--