

CAJA MUNICIPAL DE
JUBILACIONES Y PENSIONES

San Jerónimo 2985 - C. C. 198
Tel: (0342) 4534000 / 4523606
Fax: (0342) 4536133
(3000) SANTA FE

CARTA PODER

BENEFICIO N°

Expediente N°

(*) Colocar una X en el cubilero que corresponda
 (**) Indicar el vínculo de acuerdo a los REQUISITOS que se indican al donar
 (***) Para indicar el Documento de Identidad deberán tenerse en cuenta las INSTRUCCIONES que figuran al dorso

Otorga Poder:
 PARA TRAMITAR (*) PARA PERCIBIR (**)

Dentro de los límites y limitaciones determinadas por la Ley 18.746 relevado desde ya a la citada Caja de los actos de su apoderado.

Los poderes que se otorgan a través por intermedio de esta Caja y los que posteriormente le correspondan, podrán ser otorgados por notario, notario público o por cualquier otro funcionario ajeno a las normas y limitaciones determinadas por la Ley 18.746 relevado desde ya la citada Caja de los actos de su apoderado.

A otorgar:
 C.R. _____ Apellido y Nombre _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (*)**
 Tipo _____ Número _____ Exp. por _____

Fecha de Nacimiento:
 Día _____ Mes _____ Año _____

Sexo ()**
 MASC. FEM.

Nacionalidad ()**
 Argentina
 Extranjera

ESTADO CIVIL ()**
 Soltero Casado Viudo Sep. Hecho Sep. Legal

Si se profesional indicar MATRICULA NUMERO:

Con domicilio en:
 Localidad _____ Calle _____ Número _____ Pcia. _____

en su carácter de ()** _____ para que en su nombre y representación actúe ante la Caja Municipal de Jubilaciones y Pensiones de S. Fe.

Tel: _____

Asimismo solicita que sus haberes le sean abonados en el BANCO: _____

SUCURSAL: _____

PODERDANTE Y APODERADO DECLARAN BAJO JURAMENTO QUE SU PARENTESCO ES EL INDICADO PRECEDENTEMENTE

ALTA **VENCIMIENTO**

COGHO

Firma o impresión dígito pulgar APODERADO Firma o impresión dígito pulgar PODERDANTE

CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los originales en los documentos de identidad que se indican y que tuvo a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

Lugar y Fecha _____ Firma y sello aclaratorio del Funcionario certificador _____

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.

Lugar y Fecha _____ Firma y sello aclaratorio del Funcionario certificador _____

Podrán CERTIFICAR el presente formulario:

AUTORIDAD PREVISIONAL, JUDICIAL, CONSULAR COMPETENTE, ESCRIBANO, DIRECTOR o ADMINISTRADOR de HOSPITAL, SANATORIO o ESTABLECIMIENTO SIMILAR en el que se encuentre internado el poderdante.

REQUISITOS a observar para conceder PODER

PARA TRAMITAR

De acuerdo a lo establecido por el art. 1° De la Ley 13.746, se podrá conceder a:

CONYUGE
PARIENTES

Por Consanguinidad			Por Afinidad	
L i n e a				
Descendiente	Ascendente	Colateral	1er. Grado	2do. Grado
HUJOS	PADRES	2da. Grado - HERMANOS	YERROS	CURADOS
NIETOS	ABUELOS	3er. Grado - TIOS	HUERAS	HERMANASTROS
BIENETOS	BISABUELOS	4to. Grado - SOBRINOS	PADRASTROS	
		4to. Grado - PRIMOS HERMANOS	SUEGROS	
		SOBRIÑOS - NIETOS	MUASTROS	

ABOGADO O PROCURADOR

PARA PÉRCIBIR

Según lo dispuesto por el art. 2° de la Ley 13.746, se podrá conceder a:

- A) ENTIDADES PUBLICAS NACIONALES, PROVINCIALES o MUNICIPALES
- B) INSTITUCIONES BANCARIAS
- C) MUTUALIDADES o INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL, debiendo ser beneficiarias
- D) DIRECTORES o ADMINISTRADORES DE HOSPITALES, SANATORIOS, ABUELOS o ESTABLECIMIENTOS SIMILARES de carácter público o privado, que cuenten con autorización para funcionar o de Funcionarios de esos establecimientos, expresamente facultados por aquellos en los que se encuentran internados los beneficiarios.
- E) CONYUGE y PARIENTES POR CONSANGUINIDAD o POR AFINIDAD de acuerdo a lo indicado en el apartado anterior
- F) REPRESENTANTES DIPLOMATICOS y CONSULARES acreditados ante el GOBIERNO de la NACION, de conformidad con lo establecido en las convenciones que se celebren con los respectivos países
- F) CUALQUIER PERSONA HABIL, si el beneficiario o acreedor mediante certificado médico que se encuentre imposibilitado para movilizarse

INSTRUCCIONES

EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD deberá ser consignado teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

TIPO: en los casilleros previstos, deberá colocarse, según corresponda, las siglas:

L.E.	cuando se trate de	LIBRETA DE ENROLAMIENTO
L.C.	"	LIBRETA CIVICA
D.C.	"	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
C.I.	"	CEDELA DE IDENTIDAD

NÚMERO: deberá colocarse de derecha a izquierda, cubriendo con ceros los espacios que pudieran quedar en blanco.

EXPEDIDA POR: solamente cuando se consigne CEDULA DE IDENTIDAD deberá indicarse el lugar de emisión (Capital

Federal o la Provincia que corresponda), de acuerdo a las siguientes codigos:

Capital Federal	CFC	Buenos Aires	BA	Chaco	CHA	Chubut	CHU	Córdoba	CBA	Entre Ríos	ERI	Formosa	FOR	Jujuy	JUJ	La Rioja	LRI	La Pampa	LPA	Mendoza	MEN	Misiones	MIS	Neuquén	NEU	Río Negro	RNE	Salta	SAL	Santa Fe	SFC	Sgo. del Estero	SDE	Tierra del Fuego	TDF	Tucumán	TUC
-----------------	-----	--------------	----	-------	-----	--------	-----	---------	-----	------------	-----	---------	-----	-------	-----	----------	-----	----------	-----	---------	-----	----------	-----	---------	-----	-----------	-----	-------	-----	----------	-----	-----------------	-----	------------------	-----	---------	-----

DOMICILIO: ZONA RURAL: cuando el domicilio del APODERADO se encuentre en Zona Rural, podrán utilizarse, sin discriminación, los espacios previstos para: calle, número, piso y departamento.

PARA CAMBIAR EL APODERADO, EL BENEFICIARIO DEBERA CURSAR NOTA REVOCANDO EL PODER ANTERIOR.

IMPORTANTE

ACLARARSE QUE SÓLO PODRA SOLICITARSE CAMBIO DE AGENTE PAGADOR A TRAVES DE ESTE FORMULARIO CUANDO EL MISMO RESULTE NECESARIO Y CONVENIENTE COMO CONSECUENCIA DEL PODER CONCEDIDO