

CARTA PODER

BENEFICIO N°:	EXPTE. N°:
---------------	------------

Quien suscribe:

Apellido/s y Nombre/s del/la Titular				Tipo y N° de Documento / CUIL		Prov. Emis.
Domicilio del/la Titular: Calle			Número	Piso	Depto.	Cód. Postal
Localidad					Prov.	

OTORGA PODER Para Tramitar (*) Para Percibir (*) Tipo de Trámite _____ (**)

(*) Los importes que se liquiden a su favor por intermedio de esta Caja y los que posteriormente le corresponda percibir mensualmente por reajustes, retroactividades o por cualquier otro concepto dentro de los términos y limitaciones, que fija la Ley 17.040 (T.O. 1974), relevando a esta Administración de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

A Don/ña:

Apellido/s y Nombre/s o Entidad Representante				Cód.Repres.	N° Matrícula Profes.		
Tipo y N° de Documento	Prov. Emis.	Sexo	Nac.	Est.Civil	Fecha de Nacimiento	Fecha Alta	Fecha Vencimiento
Parentesco	Domicilio del Representante: Calle			Número	Piso	Depto.	
Cód. Postal	Localidad				Provincia		

TELEFONO

ALTA

VENCIMIENTO

Para que en su nombre y representación actúe ante la Caja Municipal de Jubilaciones y Pensiones de Santa Fe. Así mismo solicita que sus haberes le sean abonados en el BANCO _____ SUCURSAL _____

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

Firma o Impresión digito pulgar APODERADO	Firma o Impresión digito pulgar PODERDANTE
CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE	
CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.	
Lugar y Fecha	Firma y Sello del Funcionario Certificante

VISTO el poder otorgado y encontrándose el mismo en forma, de acuerdo a lo estatuido por la Ley 17.040, por la presente se lo acepta.	
Lugar y Fecha	Firma y Sello del Funcionario Certificante

Lea atentamente las instrucciones al dorso.

(*) Marcar con X donde corresponda.

CAJA MUNICIPAL DE
JUBILACIONES Y PENSIONES

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 17.040, se podrá conceder a:

- CONYUGE
- PARIENTES:

Por Consanguinidad			Por Afinidad	
Linea				
Descendente	Ascendente	Colateral	1er. Grado	2do. Grado
Hijos	Padres	2do. Grado - Hermanos	Yernos Nueras	Cuñados Hermanastros
Nietos	Abuelos	3er. Grado - Tíos / Sobrinos	Padrastrros Suegros	
Bisnietos	Bisabuelos	4to. Grado - Primos Hnos. / Sobrino / Nietos	Hijastros	

- ABOGADO O PROCURADOR

PARA PERCIBIR:

Según lo dispuesto por el art. 4 de la Ley 17.040, se podrá conceder a:

- a. Entidades públicas nacionales, provinciales o municipales;
- b. Instituciones bancarias;
- c. Mutualidades e Instituciones de Asistencia Social debidamente registradas;
- d. Directores o administradores de hospitales, sanatorios asilos o establecimientos similares de carácter público o privado que cuenten con la autorización para funcionar, o de funcionarios de esos establecimientos expresamente facultados por aquellos, en los que se encuentren internados los beneficiarios;
- e. El cónyuge, ascendientes, descendientes, y parientes colaterales hasta el segundo grado y por afinidad hasta el segundo grado, inclusive; Los representantes diplomáticos y consulares acreditados ante el Gobierno de la Nación, de conformidad con lo establecido en las convenciones que se celebren con los respectivos países
- f. Cualquier persona hábil, si el beneficiario acreditare mediante certificado médico que se encuentra posibilitado para movilizarse.

INSTRUCCIONES

Sexo: Indicar "M" masculino y "F" femenino. **Nacionalidad:** Indicar "A" para argentino y "E" para extranjero.

Domicilio: consignar código según tabla de provincia indicada.

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.

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

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

L.E. cuando se trate de: LIBRETA DE ENROLAMIENTO

L.C. cuando se trate de: LIBRETA CIVICA

D.C. cuando se trate de: DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

C.I. cuando se trate de: CEDULA DE IDENTIDAD

. NUMERO: 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, de acuerdo a los siguientes códigos:

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

PARA CAMBIAR EL APODERADO EL BENEFICIARIO DEBERÁ CURSAR NOTA REVOCANDO EL PODER ANTERIOR.

Lea atentamente las instrucciones al dorso.

(*) Marcar con X donde corresponda.