

Frente

CUIT /CUIL o DNI N° \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

El/la que suscribe, peticionante de una Prestación Básica Universal (PBU), Prestación Compensatoria (PC) y Prestación Adicional por Permanencia (PAP) / Jubilación Ordinaria (JO) o Retiro Transitorio por Invalidez (RTI) y Pensiones, declara bajo juramento que:

**(Si/No) (2) Posee una jubilación provincial:** en caso afirmativo, toma conocimiento que ANSES únicamente puede reconocer los servicios prestados bajo su ámbito y derivar las actuaciones al ente otorgante de la prestación a los fines de un eventual reajuste de la misma.

**(Si/No) Posee una prestación de pensión:** en este caso **sólo** para la obtención de la prestación que peticona en ANSES invocando servicios por acogimiento a un Plan de Regularización de Deuda previsto por la Ley N° 24.476.

Asimismo, **si/no (3)** opta por continuar percibiendo la prestación detallada precedentemente. En caso de optar afirmativamente, deberá cancelar totalmente la deuda al momento de peticonar esta nueva prestación o si no opta por ello, y solicita consecuentemente la baja de la prestación que percibe, se compromete a cumplir con el pago de la primera cuota del plan de facilidades que ha optado, dentro del plazo estipulado por el artículo 7° de la Resolución DE N° 884/06 **(4)**, tomando conocimiento que, en caso de incumplimiento de pago mencionado, ANSES procederá a efectuar la baja de la prestación previsional otorgada.

**(Si/No) Percibe un plan social, o una pensión graciable o no contributiva provincial o municipal:** En caso afirmativo, se aplicará las mismas disposiciones referidas para el caso que perciba una pensión e invoque servicios amparados en la Ley N° 24.476.

**(Si/No) Percibe un retiro civil, militar o policial:** Toma conocimiento que los servicios militares en las fuerzas armadas y los militarizados y policiales cumplidos en las fuerzas de seguridad y defensa, resultan computables siempre que no hayan sido utilizados total o parcialmente, para obtener el retiro y los servicios civiles si fueron utilizados para obtener el retiro no serán considerados para obtener la jubilación en ANSES **(5)**. En caso que exista percepción simultánea se aplicará lo dispuesto por el art. 80 bis de la Ley N° 19.101 **(6)**.

**(Si/No) Tenga iniciado una prestación en otro organismo provincial o municipal:** En cuyo caso y de resultar otorgante ANSES conforme las disposiciones del artículo 168 de la Ley N° 24.241 deberá solicitar la transformación en reconocimiento de servicios del pedido de prestación formulado. Si por el contrario, resultara otorgante el organismo provincial, deberá iniciar ante ANSES un reconocimiento de servicios para su remisión a la provincia.

En caso de percibir otra prestación, detalle los siguientes datos:

N° \_\_\_\_\_, Tipo \_\_\_\_\_

Organismo Otorgante \_\_\_\_\_

Asimismo, deja constancia que lo declarado precedentemente se ajusta a la verdad y lo es en conocimiento de las consecuencias penales previstas para aquellos que efectúen declaraciones falsas, que pudieran ocasionar algún tipo de perjuicio, de conformidad a lo prescripto en los artículos 174 (inc.5), 293 y concordantes del Código Penal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

El abajo firmante certifica que la firma del titular ha sido puesta en mi presencia.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Funcionario Certificante

**Referencias:**

- (1) Nómina de Provincias no adheridas al SIPA: Formosa, Chaco, Entre Ríos, Misiones; Corrientes, Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires, La Pampa, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.
- (2) Tachar lo que no corresponda.
- (3) Resolución DE-ANSES N° 884/06.
- (4) Artículo 7° de la Resolución DE N° 884/06 (B.O. 25/10/06) “Déjase establecido que el otorgamiento del beneficio por parte de esta Administración Nacional, queda supeditado al pago total de la deuda o de la cancelación de las cuotas del plan de facilidades respectivo, según corresponda. De no producirse el pago de la misma, quedará suspendido el beneficio por un plazo de dos (2) mensuales contados desde el mensual siguiente al de su inclusión. Cancelada la deuda por parte del interesado dentro del plazo estipulado, se rehabilitará el pago de la prestación con intervención de la UDAI. En aquellos casos en los cuales la deuda no se hubiera cancelado dentro del término establecido, se procederá a la baja del beneficio”.
- (5) Art. 17 inc. d) de la Ley N° 18.037 por aplicación supletoria en el SIPA según art. 156 de la Ley N° 24.241 y caso “Chaca” de la CSN.
- (6) Art. 80 bis Ley N° 19.101: “2. El personal militar podrá acumular a su haber de retiro, una jubilación emergente de regímenes para trabajadores autónomos o en relación de dependencia, no pudiendo la suma de los haberes de las prestaciones acumuladas, superar el haber mensual y suplementos generales máximos del grado de General de Brigada. A tal efecto, cuando corresponda, se reducirá, exclusivamente, el haber del beneficio civil hasta que, adicionado al de la prestación militar que perciba el beneficiario, alcance el límite señalado salvo que de ese modo aquel beneficio quedara reducido a un monto inferior al mínimo legal. En este último supuesto, el haber del beneficio civil será igual al mínimo que otorgue el régimen previsional de que se trate. (Artículo incorporado por art. 2° de la Ley N° 22.477 B.O. 3/8/1981)
- (7) Únicamente podrán certificar los funcionarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y de la Secretaría de seguridad Social, o de Organismos de Enlace o Instituciones de la Seguridad Social de los países ligados con la Argentina a través de un Convenio Internacional, o de la Cancillería Argentina destacados en el exterior, Oficiales de las Fuerzas de Seguridad, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.

**ANEXO I****Consentimiento por Parte del Interesado para Realizar la Evaluación Patrimonial y  
Socioeconómica**

Buenos Aires,

ANSES

Me dirijo a usted en relación a mi solicitud de adhesión al régimen de regularización de deuda establecido por la Ley N° 26.970 para acceder a mi prestación previsional.

A esos efectos presto consentimiento para que se realicen las evaluaciones patrimoniales y socioeconómicas requeridas por el artículo 3° de la Ley 26.970 para acceder al mencionado régimen, las que se encuentran reguladas por el artículo 8° de la Resolución Conjunta General AFIP – ANSES N° 3673 y 533/14.

Titular

Nombre y Apellido

DNI

Firma del Solicitante  
Aclaración

Buenos Aires, 6 de mayo de 2019

**CIRCULAR DPAyT N° 24/19**

**SIEEL - SISTEMA EXPEDIENTE ELECTRÓNICO  
NOTA DE CONSENTIMIENTO DE GUARDA DOCUMENTAL**

**REEMPLAZADA POR LA CIRCULAR DPAyT N° 66/19**

La Dirección Procesos Administrativos y Técnicos informa que, en todos los expedientes a tratarse en forma electrónica bajo la operatoria de SIEEL, deberán incorporar la Nota “Consentimiento de Guarda Documental”, en la cual el titular o el apoderado (según corresponda) se compromete a guardar la documentación original por el plazo de 2 años, para futuros requerimientos por parte del organismo.

Esta Nota puede ser firmada tanto en forma electrónica con huella del titular, o en forma ológrafa para los casos de presentación del apoderado o de titulares exentos. En caso que sea firmada por firma ológrafa, la misma debe ser digitalizada e incorporada al expediente electrónico.

Luego que el operador incorpore la Nota al expediente y que la firme electrónicamente, deberá imprimir una copia para ser entregada al titular o al apoderado, según corresponda.

En Anexo I se adjunta la Nota de consentimiento para ser firmada en forma ológrafa.

Asimismo recordamos que en el Manual de Procedimiento de Intranet se encuentra disponible el Manual de Usuario de la aplicación para su consulta.

Es de destacar que se encuentra vigente la [Circular DPAyT N° 15/19 - TRATAMIENTO DE CASOS DE MAYOR COMPLEJIDAD](#).

Por otra parte se informa que se encuentra disponible la capacitación On Line en la sección de Intranet Campus Virtual ANSeS.

Por consultas técnicas de instalación del software necesario deberán comunicarse al 12100 o enviar mail a Mesa de Ayuda DGIIT.

Por consultas de uso de la aplicación se informa el contacto al pie de la presente.

<b>Área destinataria:</b>	Dirección General de Prestaciones
<b>Área emisora:</b>	Coordinación Procesos de Gestión Interna “C”
<b>Contacto:</b>	CRM - Tema: “SIEEL” Subtema: “CONSULTA-ASESORAMIENTO” 19101 - 19401 - 19165

**Anexo I**  
**Nota “Consentimiento de Guarda Documental”**

Buenos Aires,

**Nro. de Expediente:**  
**Apellido y Nombre:**  
**CUIL:**

Por el presente acepto que la documentación original aportada por mí, en soporte papel ya ha sido escaneada e incorporada al expediente electrónico correspondiente, habiéndome hecho devolución de la misma, comprometiéndome asimismo a mantenerla en guarda por el plazo de 2 (dos) años, contados a partir de la resolución del trámite respectivo ya que esta ANSES podrá requerirme la citada documentación para realizar distintos procesos vinculados a la tramitación del expediente correspondiente, según normas vigentes.

Asimismo dejo constancia que la documentación digitalizada que obran en las fojas precedentes del presente expediente es la reproducción fiel de la que fuera acompañada por mi persona en el día de la fecha.

Presto conformidad respecto de la información incorporada en los documentos digitales que fuera recolectada de los sistemas informáticos por ANSES, manifestando que los tuve a la vista, y dando el consentimiento expreso para que sean utilizados en la tramitación del presente expediente.

<b>Área destinataria:</b>	Dirección General de Prestaciones
<b>Área emisora:</b>	Coordinación Procesos de Gestión Interna “C”
<b>Contacto:</b>	CRM - Tema: “SIEEL” Subtema: “CONSULTA-ASESORAMIENTO” 19101 - 19401 - 19165



Form.  
PS.6.18

**Solicitud de Prestaciones Previsionales**

Frente

**I - Tipo de Prestación Solicitada**

<input type="checkbox"/> Prestación Básica Universal-PC-PAP	<input type="checkbox"/> Retiro por Invalidez	N° de CUIT/CUIL  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Prestación Por Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> PEA Por Invalidez	
<input type="checkbox"/> Pensión por Fallecimiento de un jubilado	<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Pensión por fallecimiento de un afiliado en actividad	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de servicios: Para	

**2 - Identificación del Afiliado**

Apellido y Nombre/s				Fecha de Nacimiento  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
Domicilio					Número		Piso	Dpto.
Localidad - Provincia				País			Cód. Postal	
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°		CI N°		Expedida por		Nacionalidad	Teléfono	
Fecha de ingreso al país  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Comprobado con	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Trabaja en relación de dependencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Percibe asignaciones p/ otro : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Presenta certificado de pluricobertura Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiene otro beneficio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opción por el régimen mas beneficioso Opto por:				
Fecha de Fallecimiento  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Parentesco						

**03-Identificación Cónyuge o Conviviente**

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/ CUIL  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
Domicilio					Número		Piso	Dpto.	
Localidad - Provincia				País			Cód. Postal		
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°		CI N°		Expedida por		Nacionalidad	Teléfono		
Trabaja en relación de dependencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Percibe asignaciones p/otro sistema? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiene Embargo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Reside en el País Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Poseen hijos en común? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**04 - Designación de Apoderado para : Tramitar  y/o Percibir  o Tutor/Curador**

Apellido y Nombre/s				N° de CUIT/CUIL  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°		CI N°		Expedida por		Parentesco con el causante		N° de Carpeta Gestor	
Si es profesional Indicar Matrícula , Número, Tomo y Folio									
Domicilio					Número		Piso	Dpto.	
Localidad - Provincia		Cód. Postal		Teléfono					

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Poderdante

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente : Certifico que los datos personales del poderdante y apoderado consignados, son copia fiel del/ los obrantes en el /los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.”

Lugar y fecha .....y Firma, Aclaración y Cargo

**5 - Banco donde desea Percibir sus Haberes**

--

**06- Identificación: Hijo/s solicitantes**

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		

**07. Detalle Cronológico de los Servicios Prestados por el Afiliado con o sin Relación de Dependencia, o indicación de Causales de Períodos de Inactividad desde el comienzo de la Relación Laboral hasta la Actualidad, y los que se declaran bajo juramento de Ley 24.241 Art. 38.**

Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por Cuenta Propia	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Se requiere la consideración de los servicios registrados en SIPA ante la ausencia de otra documentación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> continuó en actividad a partir de fecha ____/____/____
--

**08 Declaraciones Juradas para algunos beneficios:**

**• Jubilaciones**

- Declaración Jurada Ley N° 24013:

Manifiesto bajo declaración jurada:

Si  No  haber solicitado la prestación por desempleo  
(Marcar lo que corresponda)

**En caso negativo, adquiero el compromiso de NO solicitarlo**

**• Pensiones**

**• DDJJ Artículo 1° de la Ley N° 17562**

Atento lo requerido por el art 9 de la Res S.E.S.S. N° 121/76 tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 17562 cuyos términos se transcriben: "NO" tendrán derecho a pensión:

1. El cónyuge que por su culpa o culpa de ambos estuviere divorciado o separado de hecho al momento de la muerte del causante,
2. Los causahabientes, en caso de indignidad para suceder o desheredación, de acuerdo con las disposiciones del Código Civil

En consecuencia declaro bajo juramento:

Si  No  Me encontraba separada /o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.

Si  No  Me encontraba separada /o judicialmente (Juzgado                          Secretaria                          ).

Si  No  Me encontraba separada /o judicialmente por mutuo consentimiento (art. 67 bis C.C.)  
(Marcar lo que corresponda)

**• Jubilaciones y pensiones:**

Aceptación de Descuentos de Cuotas de Moratoria por acogimiento a Plan de cuotas Ley 24.476

Invocando el carácter de titular del presente trámite de \_\_\_\_\_

Si  No  formulo mi aceptación para que ANSES descuenta las cuotas mensuales del plan de regularización de la deuda por el que opté, cuyo vencimiento no se hubiera operado a la fecha del inicio de ésta prestación y hasta el vencimiento de la última cuota del mencionado plan, aunque los importes de dichas cuotas superen el límite del 20%, todo ello de conformidad a lo dispuesto en el inciso d) del artículo 14 de la Ley N° 24.241, cuando en razón del monto total de la deuda y el plazo de duración del plan de moratoria, así lo determine.  
(Marcar lo que corresponda)

**• Asignación de Obra Social:**

Solicito la asignación de la siguiente obra Social:

1. Agentes provenientes de Org.Pciales: Obra Social Provincial  \_\_\_\_\_
2. Empleados Municipales  Ob.S.BA
3. Fuerzas Armadas y de Seguridad  INSSJ y P  D.I.B.A  Di.B.P.F.A.  I.O.S.E
4. No incluidos en 1.2 o 3 :  INSS J y P

**• Adicional por Domicilio en Zona Austral**

Si  No  Solicito el pago del Adicional por Zona Austral declarando conocer las disposiciones vigentes.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio de domicilio fuera de la zona comprendida, dentro de los (30) días de producido el mismo,  
(Marcar lo que corresponda)



**09 - ASIGNACIONES FAMILIARES**

¿Solicita AA.FF?  Si  No

¿Con Retroactivo?  Si  No

**“Las AA.FF. serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares ACREDITADAS en el sistema ADP”**

**10 - DOCUMENTACION RELATIVA A CONVENIOS INTERNACIONALES**

Acompaña Solicitud de Prestación Conforme al Convenio

Adjunta Documentación Complementaria (Detalle)

**11 - ESPACIO RESERVADO PARA EL ORGANISMO/ENTIDAD EMISOR/A**

**12 - OBSERVACIONES**

**El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Solicitante

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

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, Aclaración y Cargo

Únicamente podrán certificar funcionarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.



Form.  
PS.6.4

**Carta Poder**

Frente		Expediente				Beneficio					
Código de Area		Organismo	Número de CUIL / CUIT		Trámite	Sec	Ex Caja	T	Número	C	DV

**Quien suscribe:**

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

OTORGA PODER  Para Tramitar (\*)  Para Percibir (\*) Tipo de Trámite \_\_\_\_\_ (\*\*)

**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			

Para que en su nombre y representación actúe ante esta Administración Nacional de la Seguridad Social 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Poderdante

**Certificación de Identidad y Firmas 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

Repres.	Cód. Ag. Pagador
---------	------------------

**Otorga PODER PARA PERCIBIR, al BANCO:**

Para que en su nombre y representación perciba sus haberes, con facultad para suscribir recibos y demás resguardos que esta Administración Nacional de la Seguridad Social 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 este Poder.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Poderdante

Declaramos aceptar la presente CARTA PODER y certificamos que la firma y el documento de identidad que obran precedentemente pertenecen a Don/ña: \_\_\_\_\_

SELLO DE LA  
INSTITUCION BANCARIA

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma, Sello y Cargo

**Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios grisados.**

(\*) Marcar con X donde corresponda.

(\*\*\*) Completar sólo en caso de Abogado/Gestor.

**SR. BENEFICIARIO:**

**Para efectuar cualquier trámite, deberá presentar:**

- **Documento de Identidad: L.C, L.E o D.N.I, si es argentino o naturalizado; C.I o D.N.I si es extranjero.**
- **Ultimo recibo de haberes (O.P.P).**

INSTRUCCIONES		
TIPO DE DOCUMENTO	CODIGOS	ESPECIFICACIONES
Libreta de Enrolamiento	LE	Masculino
Libreta Cívica	LC	Femenino
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 con número superior a 90.000.000
Cédula de Identidad	CI	Sólo para extranjeros

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

**Provincia de Emisión:** este dato se informará sólo si el documento a relevar es C.I consignando código de provincia según tabla:

Capital Federal	CFE	Chaco	CHA	La Rioja	LRI	Río Negro	RNE	Santa Fe	SFE
Buenos Aires	BAI	Chubut	CHU	La Pampa	LPA	Salta	SAL	Sgo. 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	Nequén	NEU	Santa Cruz	SCR		

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

**Estado Civil:** Indicar: 1- Soltero / 2- Casado / 3- Viudo / 4- Divorciado / 5- Separado de Hecho / 6- Separado Legal / 7- Conviviente.

**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.

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

De acuerdo a lo establecido por la Ley 17.040 (T.O. 1974) se podrá conceder a :

**\* PARA TRAMITAR Y/O PERCIBIR**

- Cónyuge y parientes por consanguinidad hasta el 4º grado o por afinidad hasta 2º grado.
- Abogado o Procurador

**\* PARA PERCIBIR**

- Entidades Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales.
- Instituciones Bancarias.
- Mutuales e Instituciones de Asistencia Social debidamente registradas.
- Directores o Administradores de Hospitales, Sanatorios, Asilos o Establecimientos similares de carácter público o privado que cuenten con autorización para funcionar, o de Funcionarios de estos establecimientos expresamente facultados por aquellos en los que se encuentran internados los beneficiarios.
- Cualquier persona hábil, si el beneficiario acreditare mediante certificado médico que se encuentra imposibilitado para movilizarse.

**Podrán CERTIFICAR el presente formulario:**

- Autoridad Previsional, Judicial, Policial o Consular competente. Escribano, Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que se encuentre internado el Poderdante.

**VALIDEZ DE CERTIFICACION:**

- **Para Tramitar:** Ciento veinte (120) días a partir de la fecha de certificación.
- **Para Percibir:** Treinta (30) días a partir de la fecha de certificación.

**Para cualquier consulta solicite asesoramiento al personal de esta Administración.**