



ACTA PODER – (Resolución N° 8634)

En _____

Ante mi _____
(Nombre, apellido y cargo del FUNCIONARIO CERTIFICANTE)

COMPARECE: _____
(Grado, apellido y nombre del PODERDANTE)

quien acredita clase _____ e identidad con DNI N° _____ Tel: _____

domiciliado en _____
(Calle, n°, localidad, código postal, provincia)

y EXPONE: que por el presente acto viene a otorgar poder especial, en los términos de la Reglamentación vigente de la Ley Orgánica del Instituto de Ayuda Financiera para el Pago de Retiros y pensiones Militares, a favor de:

(Nombre y apellido del apoderado)

domiciliado en _____

quien acredita identidad con _____ para la recepción de los haberes que le corresponden al
(tipo y N° de documento)

poderdante en su carácter de Retirado o Pensionista y le son liquidados y abonados por este Organismo mediante la boca de pago asignada al poderdante. Mediante este Acta, las partes firmantes aceptan plenamente que:

1. El apoderado que el poderdante designa mediante este Acto, podrá percibir los haberes corrientes del poderdante, liquidados y/o a liquidarse y todo otro monto que pudiera corresponderle que por otros conceptos le liquide el Instituto exhibiendo su documento y el de su poderdante y firmando en cada caso los correspondientes comprobantes de haberes.
2. El apoderado queda facultado, además, a promover ante el Instituto las peticiones y gestiones administrativas necesarias referidas exclusivamente a la liquidación y percepción de haberes y los reajustes que puedan tener lugar.
3. Las atribuciones mencionadas en los puntos 1 y 2, conferidas por el poderdante al apoderado que designa en este acto, cesan automáticamente en caso de fallecimiento del poderdante, como así también la vigencia de este Acta Poder.
4. El presente poder tiene una vigencia de (3) tres años a partir de la fecha en que el Instituto constata el correcto llenado del formulario y es cargado a la base de datos, y caduca automática e indefectiblemente ante el fallecimiento del poderdante. Ante ese hecho, el apoderado se compromete a reintegrar al Instituto de Ayuda Financiera el presente Acta Poder y no intentar percibir, bajo causa alguna, ningún haber del fallecido titular del beneficio. De así hacerlo, el Instituto accionará legalmente en defensa de sus intereses.
5. En este acto el poderdante libera al I.A.F.P.R..P.M. de todas las consecuencias emergentes de ese mandato y de las consecuencias de los actos que realice el apoderado sin conocimiento del Instituto.
6. El poderdante tendrá el derecho de sustituir o renovar el mandato a su apoderado en cualquier momento, presentando para ello un escrito en al I.A.F.P.R.P.M y tramitando el completamiento de un nuevo Acta-Poder que sustituya a la presente. Con lo que se da por terminado el acto, firmando los comparecientes en prueba de ratificación y conformidad, por ante mí.

Firma del poderdante



Sello de la repartición

**Firma y sello de autoridad
certificante**

FIRMA A RUEGO

No firma el/la COMPARECIENTE

POR NO SABER HACERLO

POR ENCONTRARSE IMPOSIBILITADO/A

hecho que verifica a su ruego _____

Con domicilio *(Calle, n°, localidad, provincia, código postal)*

Firma del testigo

Impresión dígito pulgar



**INSTITUTO DE AYUDA FINANCIERA PARA
PAGO DE RETIROS Y PENSIONES MILITARES**
MINISTERIO DE DEFENSA

En _____
(Lugar y fecha)

Ante mi _____
(Apellido y nombre del APODERADO)

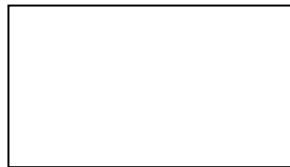
quien acredita clase _____ e identidad con DNI N° _____ Tel: _____

domiciliado en _____
(Calle, n°, localidad, código postal, provincia)

Y EXPONE:

1. Que por el presente acto manifiesta expresamente que acepta este poder con las condiciones que le es conferido y que asume las eventuales responsabilidades personales de carácter civil y penal que pudieran caberle por el incumplimiento de las mismas y las normas legales aplicables y que se obliga ante el Instituto a notificar a éste inmediatamente de ocurrida cualquier variación de la situación legal del poderdante que pudiera modificar el beneficio (mayoría de edad, privación de la libertad, fallecimiento o revocación).
2. Que deberá cumplimentar el certificado o procedimiento de verificación de supervivencia del poderdante en toda ocasión en que el Instituto lo requiera en un todo de acuerdo a las normas que este establezca.
3. **Que toma conocimiento y acepta en este acto que, bajo ninguna circunstancia, puede percibir los haberes de su poderdante luego de la fecha de fallecimiento del mismo. Si así lo hiciera, el Instituto, en salvaguarda de sus intereses y de la hacienda pública, iniciará las acciones legales que la legislación vigente prevé.**

Con lo expuesto, se da por terminado el acto, firmando el compareciente en prueba de ratificación y conformidad, por ante mí.



Firma del apoderado.

Sello de la repartición

Firma y sello de autoridad
certificante

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

- 1º)El ACTA-PODER podrá ser extendida en el Instituto o fuera del mismo. Después de completada deberá ser presentada para su registración en la Oficina de Atención al Público o en las Ofic. Regionales del IAFPRM.
- 2º)Fuera del Instituto y dentro del territorio nacional, el ACTA-PODER se extenderá ante autoridad judicial, militar o policial en ejercicio de la representación pública autorizante o escribanos públicos. Las firmas de autoridades provinciales serán legalizadas en la forma que prescriban las leyes locales.
- 3º)Fuera del territorio nacional el ACTA-PODER será extendida ante consulados o embajadas de la República Argentina y no será necesaria la legalización por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto siempre y cuando el trámite se realice utilizando papel afiligranado conforme al Decreto 1629/01. Los certificados de supervivencia tendrán validez hasta los 90 días posteriores a la fecha de emisión.
- 4º)Si el compareciente no sabe o se encuentra imposibilitado de hacerlo, se cumplimentará lo indicado en "FIRMA A RUEGO"; deberá firmar un testigo que declara que la impresión dígito pulgar pertenece al poderdante y además deberá incorporar todos sus datos identificatorios a la parte inferior del Acta. La Autoridad que supervise el acto de firma, deberá certificar que el testigo acreditó su identidad y firmó en el acto y ante ella.
- 5º)Para efectivizar el cobro de haberes el apoderado deberá exhibir su documento de identidad y el de su poderdante.
- 6º)Toda modificación que afecte a cualquiera de las partes en lo que respecta a la continuidad del derecho de percepción del haber por parte del apoderado (revocación del poder conferido al apoderado, fallecimiento del poderdante, matrimonio del mismo , privación de la libertad del poderdante, mayoría de edad del mismo y toda otra situación que afecte el derecho del apoderado respecto a la percepción de los haberes de su poderdante) , deberá comunicarse dentro de las 48 hs. de ocurrido el evento por nota dirigida al Sr. Presidente del Instituto, debiendo adelantarse por mail , fax, teléfono o cualquier otro medio. Se deberá indicar la causal o motivo y adjuntar la fotocopia del ACTA-PODER y del talón del último recibo de haberes percibido, además de la documentación probatoria de las modificaciones que se denuncian.
- 7º)Para que tenga validez, se debe adjuntar a la presente ACTA-PODER, que tiene el carácter de DECLARACIÓN JURADA, la fotocopia del último recibo de haberes y de los documentos de identidad que consignan el poderdante y el apoderado. Toda esta documentación deberá ser certificada por la Autoridad actuante.
- 8º)Todo trámite que no se ajuste a las presentes instrucciones, que sea confeccionado en un formulario distinto o tenga enmiendas, correcciones o tachaduras, no tendrá validez y será rechazado con el sello "ANULADO".