

**ANSES**Formulario  
PS. 6.305Carta Poder  
Plan de Pago de Deuda Previsional - Ley N° 27.705

Frente

Código de área

Actuación			
Organismo	Número	Trámite	Sec

**Quien suscribe:**

Apellido/s y nombre/s de la persona titular		DNI	
Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	argentina/o <input type="checkbox"/> extrajera/o <input type="checkbox"/>
Domicilio de la persona titular		Número	Piso
Barrio		Localidad / Departamento / Municipio	Provincia

**Confiero PODER ESPECIAL, en el marco de la Ley 17.040, a favor de:**

Apellido/s y nombre/s o entidad representante		Código de representante	N° de matrícula profesional
DNI / CUIL		Fecha de nacimiento	Fecha de alta
Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	argentina/o <input type="checkbox"/> extranjera/o <input type="checkbox"/>
		Parentesco	

**Domicilio representante**

Calle		Número	Piso	Depto	Código postal
Barrio		Localidad / Departamento / Municipio	Provincia		

para que realice en mi nombre y representación todos los trámites correspondientes a la solicitud de la prestación previsional al amparo de lo previsto en el Capítulo II de la Ley N° 27.705 reglamentado por el Decreto N° 173/2023 y para que formule las autorizaciones necesarias para realizar la evaluación patrimonial o socioeconómica establecida en el artículo 9° de la Ley N° 27.705, seleccione y acepte el Plan de Pagos de Deuda Previsional ofrecido por la ANSES o tome conocimiento de los motivos de la exclusión. Asimismo, autorizo a la persona o entidad representante a que, en caso de corresponder, habilite a ANSES a actuar como agente de retención de las cuotas resultantes de plan elegido, que serán descontadas de mi haber previsional.

La persona o entidad apoderada queda investida con todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato, encontrándose habilitado a presentar todo tipo de documentos, escritos, solicitudes y todo acto, gestión y/o diligencia necesaria para un mejor desempeño de este mandato que confiero en forma amplia.

X

Firma de la persona apoderada

Firma de la persona que confiere el poder

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

Certifico que los datos personales informados precedentemente son copia fiel de los que se encuentran en los documentos de identidad que se indican, que tuve a la vista y que las firmas fueron realizadas en mi presencia. Leída y ratificada, se la otorga y firma ante mí, doy fe.

Lugar y fecha

Firma y sello de autoridad certificante

**Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios en gris**

**Para efectuar cualquier trámite deberá presentar:**

- Acreditar identidad con DNI
- De no poseer DNI, presentar constancia de DNI en trámite

**Sexo:** indicar "M" masculino, "F" femenino o "X" para otros géneros.

**Nacionalidad:** indicar "A" para argentina/o y "E" para extranjera/o.

**Domicilio:** consignar el domicilio de residencia.

**Domicilio en zona rural:** cuando el domicilio de la persona apoderada 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 (TO 1974) se puede conceder poder:

**PARA TRAMITAR:**

- a cónyuge y parientes por consanguinidad hasta el 4º grado,
- a parientes por afinidad hasta 2º grado,
- abogado/a o procurador/a.

**Podrán CERTIFICAR el presente formulario:**

- autoridad previsional, judicial, policial o consular competente.
- Escribano/a, Director/a o Administrador/a de Hospital, Sanatorio o establecimiento similar en el que se encuentre internada la persona que confiere el poder.

**VALIDEZ DE CERTIFICACION:**

**Para tramitar:** 120 días a partir de la fecha de certificación.

**Ante cualquier duda o por cualquier consulta solicite asesoramiento a personal de ANSES**