**CARTA PODER**

 \_\_\_\_\_(1) \_\_\_\_\_ a \_\_(1)\_\_ de \_\_\_\_(1)\_\_\_\_ de \_\_(1)\_\_

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

DEL ESTADO DE XXX Y MUNICIPIOS

PRESENTE

Mediante la presente carta poder otorgo al (la) Sr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ poder amplio, cumplido y bastante, para que a mi nombre y representación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, así como para realizar otras gestiones ante el Instituto relacionados con el presente poder, el que en ningún momento podrá ser tachado de insuficiente o falto de personalidad.

**FIRMAS PARA SU DEBIDA CONSTANCIA**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACEPTO EL PODER\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RFC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | OTORGANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RFC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Testigos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMATO DE LLENADO DE CARTA PODER**

|  |  |
| --- | --- |
| (1) | Lugar y fecha. |
| (2) | Nombre a la persona a la cual se le otorga el poder. |
| (3) | Motivo por el cual se le está otorgando el poder. Puede otorgarse para: recoger talones de pago de pensión, cobro de cheques de pensionados y pensionistas, pago de quincenas a servidores públicos activos del ISSEMyM, pago de reembolso de gastos médicos, pago de lentes, prótesis y aparatos auditivos, pago de devolución por descuentos indebidos, pago de becas a médicos residentes y pago del seguro por fallecimiento, no se autorizarán los siguientes conceptos: recoger o cobrar cheques por concepto de **pensión alimenticia, ni para inicio de trámite alguno ante el Instituto**. Se debe señalar el periodo del documento que se va a recoger, por ejemplo: primera o segunda quincena del mes respectivo; mencionar el porqué el otorgante no puede realizar el trámite personalmente, es decir si se encuentra incapacitado por motivos de salud, edad avanzada o si se encuentra fuera de la ciudad o del país, entre otros. |
| (4) | Nombre de la persona que acepta el poder, su firma, dirección completa y Registro Federal de Causantes (RFC). |
| (5) | Nombre de la persona que otorga/da el poder, su firma o huella dactilar (legible), dirección completa y Registro Federal de Causantes (RFC). |
| (6) | Nombre y firma de los testigos. |

\* La carta poder deberá acompañarse de copia simple de la credencial oficial con fotografía (INE, Cartilla Militar, Pasaporte, etc.) tanto del otorgante como de la persona que acepta el poder. Se deben presentar las identificaciones oficiales originales para cotejo.

\* En caso de que el otorgante se encuentre hospitalizado en estado grave u no pueda firmar, se deberá adjuntar a la carta poder constancia expedida, firmada por parte de la trabajadora social de la unidad médica en la que se encuentre hospitalizado o bien de la clínica familiar que le corresponda, aparte de la firma autógrafa deberá contener el sello de la unidad médica.