

[FECHA]

[LUGAR]

Yo, [NOMBRE COMPLETO DEL PODERDANTE], con número de documento de identidad [NÚMERO DE DOCUMENTO DEL PODERDANTE], otorgo poder a [NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO], con número de documento de identidad [NÚMERO DE DOCUMENTO DEL APODERADO], para que en mi nombre y representación pueda cobrar la incapacidad correspondiente del Seguro Social.

En virtud de este documento, confiero a [NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO] todas las facultades necesarias para realizar el trámite de cobro de la mencionada incapacidad del Seguro Social. Esto incluye presentar documentos, firmar recibos y realizar cualquier otra acción relacionada con el cobro de mi incapacidad en la institución de Seguro Social.

Por medio de la presente, dejo constancia de que este poder es especial y únicamente para el cobro de la incapacidad del Seguro Social mencionada, y se encuentra limitado a las acciones necesarias para dicho fin.

---

[NOMBRE COMPLETO DEL PODERDANTE]

---

[NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO]