

## CARTA PODER

### OTORGAMIENTO CLAVE PERSONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En mi carácter de TITULAR, yo \_\_\_\_\_ Documento de Identidad Tipo  
DU N° \_\_\_\_\_ CUIL N° \_\_\_\_\_ domiciliado/a en \_\_\_\_\_ PRESTO  
CONSENTIMIENTO para que \_\_\_\_\_ Documento de Identidad Tipo DU  
N° \_\_\_\_\_ CUIL N° \_\_\_\_\_ domiciliado/a en \_\_\_\_\_  
efectúe en mi nombre la tramitación correspondiente al otorgamiento de la CLAVE PERSONAL DE LA SEGURIDAD  
SOCIAL, ante la Administración Nacional de la Seguridad Social.-

**Asimismo, me NOTIFICO y ACEPTO que:**

1. La Clave de la Seguridad Social es un elemento informático por la cual me identificaré y autenticaré ante los sistemas de ANSES y que equivale a la expresión de mi voluntad, para lo que presto mi consentimiento expreso e irrevocable respecto de las acciones que realice dentro de los sistemas citados.
2. Me hago cargo del uso y confidencialidad del identificador del usuario y clave que me autentican y que los datos que incorpore o consulte a través del sitio de ANSES serán tenidos como ingresados o consultados por mí. Asimismo, me comprometo a no divulgar ni transferir mi clave por ningún medio, observando su utilización en forma personal e intransferible. Además me comprometo a cambiarla periódicamente y modificarla de manera inmediata ante la sospecha o certeza de que una tercera persona ha llegado a conocerla.
3. En caso de utilizar la clave para actividades corporativas, me comprometo a guardar confidencialidad de los datos e información a la que accedo, así como de emplear los datos cedidos para cumplir los fines directamente relacionados con el interés legítimo de ANSES y del cesionario, quedando sujeto/a a las mismas obligaciones legales y reglamentarias que ANSES, de acuerdo a lo establecido en la Ley 25.326 de Habeas Data (o la que en el futuro la reemplace) y en su Decreto Reglamentario N° 1558/01.

**Para continuar debe informar un correo electrónico al que ANSES pueda remitirle su Clave de la Seguridad Social provisoria de manera confidencial. Este dato es indispensable para que pueda operar con su clave.**

**Correo Electrónico::**

**OBSERVACIONES** (campo para efectuar las aclaraciones necesarias):

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PODERDANTE(\*)**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PERSONA APODERADA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA, ACLARACIÓN, CARGO y  
ORGANISMO/INSTITUCIÓN DE AUTORIDAD  
CERTIFICANTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA, ACLARACIÓN y CARGO DE  
AUTORIDAD CERTIFICANTE**

(\*) La firma de la persona PODERDANTE deberá estar certificada por: autoridad previsional, judicial, policial o consular competente. Escribano/a, Director/a o Administrador/a de Hospital, Sanatorio o establecimiento similar en el que la persona se encuentre internada