

Perú, Distrito de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_

## Carta Poder

Yo, ....., identificado con DNI/CE número ....., y con domicilio en ....., por la presente, otorgo un poder especial y suficiente a ....., identificado con DNI/CE número ....., y con domicilio en ....., a quien en lo sucesivo se le denominará "mi representante".

Mi representante está autorizado para llevar a cabo trámites y gestiones relacionados con la maternidad en mi nombre en EsSalud. Sus facultades incluyen, pero no se limitan a:

1. Presentar la solicitud de subsidios de maternidad ante EsSalud.
2. Proporcionar toda la documentación necesaria y completar los trámites requeridos para los subsidios de maternidad.
3. Firmar los documentos necesarios y aceptar todas las responsabilidades asociadas con los subsidios de maternidad.
4. Recibir los pagos de subsidios de maternidad en mi nombre y realizar cualquier trámite bancario necesario.
5. Comparecer ante autoridades de EsSalud y realizar cualquier otra gestión relacionada con la maternidad.

Este poder es válido desde la fecha de su otorgamiento y permanecerá en vigor hasta que se haya completado el proceso de trámites de maternidad en EsSalud, momento en el cual será revocado por escrito y notificado formalmente a EsSalud.

EsSalud está autorizado a aceptar y actuar conforme a las instrucciones de mi representante como si fueran instrucciones directas mías. Mi representante tiene la autoridad y la facultad para realizar trámites de maternidad en mi nombre en EsSalud.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

**Firma del Titular del Poder**

Nombre y Apellidos: .....  
Número de DNI:.....

\_\_\_\_\_

**Firma del Representante Autorizado**

Nombre y Apellidos: .....  
Número de DNI: .....