

## Carta Poder

A quien corresponda:

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 afiliación de mi cónyuge, ....., identificado con DNI/CE número ....., a EsSalud. Sus facultades incluyen, pero no se limitan a:

1. Presentar la solicitud de afiliación de mi cónyuge a EsSalud.
2. Proporcionar toda la documentación necesaria y completar los trámites requeridos para la afiliación de mi cónyuge.
3. Firmar los documentos necesarios y aceptar todas las responsabilidades asociadas con la afiliación de mi cónyuge a EsSalud.
4. Realizar cualquier otra gestión necesaria para la afiliación de mi cónyuge.

Este poder es válido desde la fecha de su otorgamiento y permanecerá en vigor hasta la finalización del proceso de afiliación de mi cónyuge a 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 la afiliación de mi cónyuge a EsSalud en mi nombre.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

**Firma del Titular del Poder**

Nombre y Apellidos: .....

Número de DNI:.....

\_\_\_\_\_

**Firma del Representante Autorizado**

Nombre y Apellidos: .....

Número de DNI: .....