

FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS

1		2	
	USO DEL IOMA		NÚMERO DE AFILIADO
3		4	
	APELLIDO Y NOMBRES		ESTADO CIVIL CÓD.
5		6	
	DOMICILIO AFILIADO DIRECTO		TIPO CÓD. NÚMERO
	CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO NÚMERO		DOC. DE IDENTIDAD DEL AFILIADO DIRECTO
	PROVINCIA CÓD. PARTIDO CÓDIGO LOCALIDAD Cód.		
6A		6B	
	TELÉFONO		E-MAIL
7		FECHA DE NACIMIENTO	
		DÍA MES AÑO	
8		9	
	DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO		MINISTERIO-REPARTIC.-MUNIC.-CAJA PREV.
	CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR NÚMERO		
	PROVINCIA CÓD. PARTIDO CÓDIGO LOCALIDAD Cód.		
10	FAMILIARES A CARGO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA NACIM. Cód. PAR.	TIPO Cód. NÚMERO Cód. ALTA
	BARRA DÍA MES AÑO		
	LUGAR Y FECHA	FIRMA AFILIADO	FIRMA RESP. IOMA Cert. Datos y Parentescos

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA

11	02	JUBILADO	12	1	AFIL. DIRECTO	13	DÍA	MES	AÑO	14	MES	AÑO	15	CÓDIGO	SUB.COD.
	03	PENSIONADO		2	AFIL. A CARGO		FECHA DE INGRESO				FECHA CESE			LUGAR DE TRABAJO	
	01	ADM. PÚBL. PROV.		3	ALTA		NÚMERO BENEFICIO O LEGAJO								
	04	MUNICIPALES		4	MODIFICACIÓN										
	10	PERS. NO PERMANENTE		5	RENOVACIÓN										

CERTIFICACIÓN DE FIRMA, CARGO Y APORTES PARA EL PERSONAL EN ACTIVIDAD DEPENDIENTE DE LOS PODERES EJECUTIVO, LEGISLATIVO Y JUDICIAL, ORGANISMOS DE LA CONSTITUCIÓN, MUNICIPALIDADES ADHERIDAS Y JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LAS CAJAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

AGENTES EN ACTIVIDAD

CERTIFICO que la firma que antecede es auténtica y pertenece a (Nombres y Apellido) _____ M.I. o C.I. _____ quien presta servicios en (Dependencia) _____ dependiente de (Ministerio, Municipalidad, Organismo, etc.) _____ habiendo sido designado como (Titular, Mensual, Jornalizado, etc.) _____ por (Decreto, Resolución, etc.) _____ Legajo Contaduría Provincia o Interno Repartición N° _____ ingresó el ____/____/____ y cesará el ____/____/____.

Al nombrado se le efectúan sobre sus haberes los descuentos y aportes determinados por Ley en concepto de cuota afiliatoria.

LUGAR Y FECHA _____ SELLO REPART. _____ FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO CERTIFICANTE _____

JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LAS CAJAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CERTIFICO que la firma que antecede es auténtica y pertenece a (Nombres y Apellido) _____ quien es JUBILADO () o PENSIONADO () N° _____ de la CAJA _____

LUGAR Y FECHA _____ FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO CERTIFICANTE _____ FIRMA DEL AFILIADO _____