FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS

USO DE IOMA	NÚMERO DE AFILIADO
APELLIDO Y NOMBRES	ESTADO CIVIL / CÓD.

DOMICILIO AFILIADO DIRECTO	CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO	NÚMERO

PROVINCIA	CÓD.	PARTIDO	CÓDIGO	LOCALIDAD	CÓD.

TIPO	CÓD.	NÚMERO
DOC. DE IDENTIDAD DEL AFILIADO DIRECTO		

TELÉFONO	E-MAIL

DÍA	MES	AÑO
FECHA DE NACIMIENTO		

DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO	CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR	NÚMERO

PROVINCIA	CÓD.	PARTIDO	CÓDIGO	LOCALIDAD	CÓD.

N° CUIL/CUIT

FAMILIARES A CARGO		FECHA NACIM.			CÓD. PAR.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD			CÓD. ALTA
APELLIDO Y NOMBRES	BARRA	DÍA	MES	AÑO		TIPO	CÓD.	NÚMERO	

LUGAR Y FECHA _____ FIRMA AFILIADO _____ FIRMA RESP. IOMA _____

PARA USO EXCLUSIVO DE IOMA

02		JUBILADO
03		PENSIONADO
01		ADM. PÚBL. PROV.
04		MUNICIPALES
10		PERS. NO PERMANENTE

1		AFIL. DIRECTO
2		AFIL. A CARGO
3		ALTA
4		MODIFICACIÓN
5		RENOVACIÓN

DÍA	MES	AÑO
FECHA DE INGRESO		

MES	AÑO
FECHA CESE	

CÓDIGO	SUB.COD.
LUGAR DE TRABAJO	

NÚMERO BENEFICIO O LEGAJO

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, 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 del (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

_____ quien es JUBILADO ( ) o PENSIONADO ( ) N° _____

de la CAJA _____

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