



FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS

PARA SER COMPLETADO POR EL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRES			N° DE AFILIADO		
DOMICILIO AFILIADO DIRECTO	CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO		NÚMERO		TIPO NÚMERO DOC DE IDENTIDAD DEL AFILIADO DIRECTO
PROVINCIA	PARTIDO	LOCALIDAD			
TELÉFONO		E-MAIL			N° CUIL/CUIT
DOMICIO LUGAR DE TRABAJO	CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR		NÚMERO		DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO
PROVINCIA	PARTIDO	LOCALIDAD			

FAMILIARES A CARGO		FECHA NACIM.			CUIL																	
APELLIDOS Y NOMBRES		BARRA	DIA	MES	AÑO	NÚMERO																

Lugar y fecha

FIRMA del afiliado

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA

02	JUBILADO
03	PENSIONADO
01	ADM. PUBLIC. PROVINC.
04	MUNICIPALES
10	PERS NO PERMANENTE

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

DIA	MES	AÑO
FECHA DE INGRESO		

MES	AÑO
FECHA DE CESE	

CÓDIGO	SUB CÓD.
LUGAR DE TRABAJO	

NÚMERO BENEFICIO O LEGAJO

FIRMA RESPONSABLE DE IOMA

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

CERTIFICO que la firma que antecede es auténtica y pertenece a

(Apellido y nombres) _____ DNI _____
 quien presta servicio en (dependencia) _____ dependiente del (Ministerio, Municipalidad, Organismo, etc)
 _____ habiendo sido designado como P. Permanente, P. Temporaria, Suplente, Provisional, Becario, 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 por Ley en conceptos de cuota afiliatoria.

LUGAR Y FECHA

SELLO O 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