

FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS

USO DEL 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		
DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO												CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR			NÚMERO					
PROVINCIA		CÓD.		PARTIDO		CÓDIGO		LOCALIDAD			CÓD.									
MINISTERIO-REPARTIC.-MUNIC.-CAJA PREV.																				

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

LUGAR Y FECHA						FIRMA AFILIADO						FIRMA RESP. IOMA Cert. Datos y Parentescos					
---------------	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA

02		JUBILADO		1		AFIL. DIRECTO		DÍA			MES			AÑO			MES		AÑO		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

_____ quien es JUBILADO () o PENSIONADO () N° _____ de la CAJA _____

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