

FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS

USO DE IOMA						NÚMERO DE AFILIADO											
APELLIDO Y NOMBRES												EST ADO CIVIL			CÓD.		
DOMICILIO AFILIADO DIRECTO		CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO						NÚMERO			DOC. DE IDENTIDAD DEL AFILIADO DIRECTO						
PROVINCIA		CÓD.		PARTIDO		CÓDIGO		LOCALIDAD			CÓD.						
TELÉFONO						E-MAIL						DÍA MES AÑO					
DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO		CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR						NÚMERO			FECHA DE NACIMIENTO						
PROVINCIA		CÓD.		PARTIDO		CÓDIGO		LOCALIDAD			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		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, 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 _____

SELL O REPART.

FIRMA Y SELL O 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 SELL O FUNCIONARIO CERTIFICANTE

FIRMA DEL AFILIADO