

## FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS

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

### PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA

<b>11</b>	02	JUBILADO	<b>12</b>	1	AFIL. DIRECTO	<b>13</b>	DÍA      MES      AÑO	<b>14</b>	MES      AÑO	<b>15</b>	CÓDIGO      SUB.COD.
	03	PENSIONADO		2	AFIL. A CARGO		FECHA DE INGRESO		FECHA CESE		LUGAR DE TRABAJO
	01	ADM. PÚBL. PROV.		3	ALTA						
	04	MUNICIPALES		4	MODIFICACIÓN						
	10	PERS. NO PERMANENTE		5	RENOVACIÓN	<b>16</b>	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 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 \_\_\_\_\_