# 

**FICHA PARA AFILIADOS OBLIGATORIOS**

**PARA SER COMPLETADO POR EL AFILIADO**

APELLIDO Y NOMBRES

Nº DE AFILIADO

**N° CUIL/CUIT**

**E-MAIL**

**ESTADO CIVIL**

# 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOMICILIO AFILIADO DIRECTO** |  | |  |
| **CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO** | | **NÚMERO** |
|  |  |  | |
| **PROVINCIA** | **PARTIDO** | **LOCALIDAD** | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **TIPO** | **NÚMERO** |
| **DOC DE IDENTIDAD DEL AFILIADO DIRECTO** | |

**TELÉFONO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMICIO LUGAR**  **DE TRABAJO** |  | | | |  | | **DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO** | | | | | | | | | | |
| **CALLE - CAMINO - PARAJE - LUGAR** | | | | **NÚMERO** | |
|  | |  |  | | | |
| **PROVINCIA** | | **PARTIDO** | **LOCALIDAD** | | | |
| **FAMILIARES A CARGO** | | | | **FECHA NACIM.** | | | | **CUIL** | | | | | | | | | |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | | | **BARRA** | **DIA** | **MES** | **AÑO** | | **NÚMERO** | | | | | | | | | |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA**

**Lugar y fecha**

**FIRMA del aﬁliado**

# 

**NÚMERO BENEFICIO O LEGAJO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | |

**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)

APELLIDOYNOMBRE

DNI

DNIP

quien presta servicio en (dependencia)

DEPENDENCIA

dependiente del (Ministerio, Municipalidad, Organismo, etc.)

MINISTERIO DE SALUD habiendo sido designado como P. Permanente, P. Temporaria, Suplente, Provisional, Becario, etc.

por Decreto, Resolución, etc. DECRETO Legajo Contaduría Provincia o Interno Repartición Nº LEGAJO

ingresó el DIA/\_MES/\_AÑO y cesará el /\_ /\_

**Al nombrado se le efectúan sobre sus haberes los descuentos por Ley en conceptos de cuota aﬁliatoria.**

LUGARYFECHA

**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 ( ) Nº

de la CAJA

**LUGAR Y FECHA**

**FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO CERTIFICANTE FIRMA DEL AFILIADO**