



1		2	
	USO DEL IOMA		NUMERO DE AFILIADO
3		4	
	APELLIDO Y NOMBRES		ESTADO CIVIL COD.
5	DOMICILIO AFILIADO DIRECTO	CALLE -CAMINO - PARAJE - LUGAR - ESTABLECIMIENTO NUMERO	
	PROVINCIA COD.	PARTIDO CODIGO	LOCALIDAD COD.
6		TIPO COD.	NUMERO
	DOC. DE IDENTIDAD DEL AFILIADO DIRECTO		
6A		6B	
	TELEFONO		E-MAIL
7			
	DIA	MES	AÑO
	FECHA DE NACIMIENTO		
8	DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO	CALLE -CAMINO - PARAJE - LUGAR NUMERO	
	PROVINCIA COD.	PARTIDO CODIGO	LOCALIDAD COD.
9	MINISTERIO-REPARTIC.-MUNIC.-CAJAPREV.		
10	FAMILIARES A CARGO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	APELLIDO Y NOMBRES	BARRA	FECHANACIM. COD. PAR.
			TIPO COD. NUMERO COD. ALTA

LUGAR Y FECHA

FIRMA AFILIADO

FIRMA RESPONSABLE IOMA
CERTIFICACION DATOS Y PARENTESCOS

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA

11	02	JUBILADO	12	1	AFIL. DIRECTO	13	DIA	MES	AÑO	14	MES	AÑO	15	CODIGO	SUB.COD.
	03	PENSIONADO		2	AFIL. A CARGO		FECHA DE INGRESO				FECHA CESE			LUGAR DE TRABAJO	
	01	ADM. PUBL. PROV.		3	ALTA		16								
	04	MUNICIPALES		4	MODIFICACION		NUMERO BENEFICIO O LEGAJO								
	10	PERS. NO PERMANENTE		5	RENOVACION										

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 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 _____

PARA USO DE LA DIRECCION DE AFILIACIONES