



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

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

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 Contaduria 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