



# Federación Provincial de Mutualidades de Córdoba



Fundada el 19 de Febrero de 1949  
Inscripta bajo el N° 6 de Federaciones en el Registro Nacional de Mutualidades (Ley 20.321)  
Personería Jurídica, Decreto N° 5929 Serie "A" del Gobierno de Córdoba  
Adherida a CAM y COLACOT

NUEVO DOMICILIO: Av. Castro Barros 117 B° Providencia Tel. 0351 4734864 Fax 4734510 (5000) Córdoba

## Ficha de Afiliación

**Sr. Presidente**  
**FEDERACIÓN PROVINCIAL**  
**DE MUTUALIDADES DE CÓRDOBA**

-----

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. a fin de presentar la siguiente **Solicitud de Afiliación** de nuestra entidad, cuyos datos consignamos más abajo. Asimismo adjuntamos copias certificadas de la siguiente documentación:

- Estatuto social
- Nómina de Consejo Directivo
- Certificado de Matrícula otorgada por INAES
- Reglamento Aprobados

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atentamente.

**Secretario**

**Presidente**

Nombre de la entidad: .....

Domicilio: Localidad: .....

C.P.: ..... Teléfono: ..... E-mail:.....

Matrícula N°: ..... Fecha de Fundación:.....

Cantidad de Asociados: Activos: ..... Adherentes: .....

Participantes: ..... Cuota Social: .....

Servicios que presta: .....

.....

.....

Delegados de la Federación: .....

-----

### USO INTERNO

Entró: ..... Tratado en Reunión de Junta .....

N°: ..... Libro N°: ..... Folio N°: .....



# Federación Provincial de Mutualidades de Córdoba



Fundada el 19 de Febrero de 1949  
Inscripta bajo el N° 6 de Federaciones en el Registro Nacional de Mutualidades (Ley 20.321)  
Personería Jurídica, Decreto N° 5929 Serie "A" del Gobierno de Córdoba  
Adherida a CAM y COLACOT

NUEVO DOMICILIO: Av. Castro Barros 117 B° Providencia Tel. 0351 4734864 Fax 4734510 (5000) Córdoba

## RELEVAMIENTO DE ENTIDADES MUTUALES DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Datos del Encuestador: .....

### DATOS INSTITUCIONALES

Nombre de la Mutual: .....

Número de Matrícula: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Cód. Postal: .....

Departamento: ..... Tel: .....

Fax: ..... E-mail: .....

Fecha de Fundación: ..... Cantidad de Asociados: .....

Fecha de Cierre de Balance: ..... Horario de atención: .....

Presidente: ..... Secretario: .....

Tesorero: ..... Gerente: .....

### SERVICIOS

PROPIO      CONTRATO      P/CONVENIO

#### A- DE CARACTER ECONOMICO

A1 Ayuda Económica .....      .....      .....

A2 Casas de Comercio .....      .....      .....

A3 Proveduría Art. Consumo .....      .....      .....

A4 Proveduría Art. Hogar .....      .....      .....

A5 Vivienda Mutual .....      .....      .....

A6 Otras .....      .....      .....

Cuales: .....

<b>B- EDUCATIVAS Y CULTURALES</b>	<b>PROPIO</b>	<b>CONTRATO</b>	<b>P/CONVENIO</b>
B1 Académicas	.....	.....	.....
B2 Ayuda escolar	.....	.....	.....
B3 Biblioteca	.....	.....	.....
B4 Capacitación (Cursos)	.....	.....	.....
B5 Escuelas	.....	.....	.....
B6 Guarderías Infantiles	.....	.....	.....
B7 Jardín de Infantes	.....	.....	.....
B8 Publicaciones	.....	.....	.....
B9 Otras	.....	.....	.....
Cuales: .....			

<b>C- DE LA SALUD</b>	<b>PROPIO</b>	<b>CONTRATO</b>	<b>P/CONVENIO</b>
C1 Asistencia Médica	.....	.....	.....
C2 Sanatorio	.....	.....	.....
C3 Biblioteca	.....	.....	.....
C4 Odontología	.....	.....	.....
C5 Farmacia	.....	.....	.....
C6 Laboratorio	.....	.....	.....
C7 Otras	.....	.....	.....
Cuales: .....			

<b>D- SERVICIOS ESPECIALES</b>	<b>PROPIO</b>	<b>CONTRATO</b>	<b>P/CONVENIO</b>
D1 Alojamiento Temporario	.....	.....	.....
D2 Deportes y Recreación	.....	.....	.....
D3 Comedor	.....	.....	.....
D4 Gestorías y Asesorías	.....	.....	.....
D5 Hogar de Ancianos	.....	.....	.....
D6 Peluquería	.....	.....	.....
D7 Panteón	.....	.....	.....
D8 Servicios de Sepelio	.....	.....	.....
D9 Turismo			
a) Hoteles	.....	.....	.....
b) Colonias	.....	.....	.....
c) Campamentos	.....	.....	.....
d) Agencias	.....	.....	.....
D10 Otras	.....	.....	.....
Cuales: .....			

¿Asistiría a un curso de capacitación? SI: ..... NO: .....

En caso de afirmativo ¿De qué tipo?

- a) Organización y método: .....
- b) Legislación Mutual .....
- c) Administrativa .....
- d) Auditoría y contralor .....
- e) Cultural .....
- f) Impuesto, Tasas y Contribución .....
- g) Recursos Humanos .....
- h) Mercadotecnia .....
- i) Otros .....

**Medios de Comunicación con el Asociado**

Boletín: ..... Transparente: ..... Carta: .....Otros: .....

Cuales: .....

**Medios de Comunicación social que utiliza**

Internet: .....Fax: .....Radio: .....TV: .....Diarios: .....No utiliza: .....

**Comunicación con el resto del movimiento Mutual**

Amplia: ..... Escasa: ..... Nula: .....

¿Su Mutual está Federada? SI: ..... NO: .....

¿Cuáles son las razones por las que no está federada? .....  
.....  
.....

¿Qué desearía recibir de la Federación? ¿Cuál es su propuesta? .....  
.....  
.....

Notas: .....  
.....  
.....