

**ENCUESTA ESTADISTICA ANUAL
PARA ASOCIACIONES MUTUALES**

En cumplimiento de la Resolución N° 1088/79 – INAM Art. 1° inc. E) las asociaciones mutuales deberán remitir al Instituto Nacional de Acción Mutual y al Organismo Técnico de Mutualidades, cuando se trata de mutuales con residencia en provincias, un ejemplar de este formulario debidamente cumplimentado **DENTRO DE LOS TREINTA DIAS CORRIDOS POSTERIORES A LA CREACION DE LA ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA DONDE SE HAYA APROBADO EL EJERCICIO CERRADO EL.....**

El no cumplimiento de la citada norma legal expondrá a la entidad infractora a la sanción correspondiente.

FECHA DE FUNDACION DE LA ENTIDAD:.....PROVINCIA.....MATR.....

1- DATOS DE LA MUTUAL
 NOMBRE DE LA ENTIDAD
 DOMICILIO.....(CP.....)LOCALIDAD.....TE.....
 (Si la Mutual posee filiales, indicar datos en formulario aparte)
 Apellido y Nombre del Presidente.....
 Apellido y Nombre del Secretario.....
 Apellido y Nombre del Tesorero.....
 Apellido y Nombre del Gerente.....

2- SOCIOS

CATEGORIAS	CANTIDAD SOCIOS	CUOTA MENSUAL (POR SOCIO)	CUOTA ANUAL (TOTAL)
Activos			
Participantes			
Adherentes			
Honorarios			
Otras Categorías			
TOTALES			

3- PERSONAL EMPLEADO DURANTE EL EJERCICIO

CATEGORIAS	Cantidad	Remuneración Mensual Total	Remuneración Anual Total
Profesionales(médicos y rama asist.)			
Profesionales no médicos			
Personal Administrativo			
Personal Obrero y Maestranza			
TOTALES			

4- CANTIDAD DE SUBSIDIOS OTORGADOS EN EL EJERCICIO:.....\$.....

5- INDICAR SI LA ENTIDAD ESTA INSCRIPTA EN AFIPP.....
 ANSAL.....

6- INDICAR ULTIMO PAGO DE ART.9°:.....

7- INDICAR A QUE FEDERACION ESTA ADHERIDA:.....

8- INDICAR SI POSEE SISTEMA DE COMPUTACION SEÑALANDOMARCA Y CAPACIDAD DE MEMORIA:.....

9- PRESTACIONES QUE BRINDA LA MUTUAL ACTUALMENTE:
 (MARCAR CON UNA X O INDICAR SEGÚN CORRESPONDA)

DETALLAR:
.....
.....

14 - INFORMACION COMPLEMENTARIA
 EN CASO DE NO SER SUFICIENTE EL ESPACIO DISPONIBLE, ESTIMAREMOS SE SIRVA COMPLEMENTAR LOS
 DATOS EN LA HOJA APARTE.

15- SERVICIOS ESPECIALES
 MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA.

	CAPITALIZACION	REPARTO		REGLAMENTO		RESOLUCION
				SI	NO	
FONDO COMPENSADOR JUBILATORIO						
SEGUROS	PROPIO	CONTRATADO	CONVENIO			
AYUDA ECONOMICA MUTUAL	PROPIO	CONVENIO				

.....
 LUGAR Y FECHA

.....
 FIRMA Y ACLARACION DEL PRESIDENTE
 (EN EJERCICIO)