

## **PRESUPUESTO TRANSPORTE**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

### **Diagrama de traslado:**

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

**Cronograma de traslado:** marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: \_\_\_\_\_

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: \_\_\_\_\_

Monto mensual \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración del Transportista

### **CONFORMIDAD TRANSPORTE**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo (.....) N° \_\_\_\_\_, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Firma: .....

Aclaración: .....

### **SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS