

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

<p><u>CONFORMIDAD TRANSPORTE</u></p> <p>Fecha:/...../.....</p> <p>Apellido y nombre del beneficiario:</p> <p>Número de Afiliado/DNI:</p> <p>Yocon Documento Tipo (.....) N°</p> <p>....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde</p> <p>.....hasta..... .</p> <p>Firma:</p> <p>Aclaración:</p> <p><u>SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:</u></p> <p>Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....</p> <p>Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.</p> <p>Firma:</p> <p>Aclaración:</p> <p>Documento:</p>

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS