

PRESUPUESTO TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN

CUIL

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

COMPANÍA DE SEGUROS

PÓLIZA N°

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PERÍODO

DESDE

HASTA

DIAGRAMA DE TRASLADO

VIAJE	PRESTACIÓN	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1						
2						
3						
4						

CRONOGRAMA DE TRASLADO (Marcar con una cruz los días de traslado)

DÍAS	PRESTACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1							
2							
3							
4							

TOTAL KM MENSUALES

ADICIONAL DEPENDENCIA 35% (SUJETO A EVALUACIÓN) SI / NO

VALOR DEL KM

MONTO MENSUAL

DEL TRANSPORTISTA:

Firma

Aclaración

CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE

FECHA NOMBRE Y APELLIDO

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

DNI