



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión: _____

DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Razón Social del prestador: _____
Domicilio: _____ Teléfono () _____
Email: _____ N° CUIT: _____
Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____
Período: Desde _____ hasta _____ año 20 _____

DIAGRAMA DE TRASLADO:

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

CRONOGRAMA DE TRASLADO: Marcar con una cruz los días de traslados

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
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: _____