



Sede Central

BALASTRO 453, PISO 1 (C1424CVA)
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

TEL.: 4924-4417 / 4626 / 4627
4921-1173 - FAX: 4924-3806

WWW.OSPIVIDRIO.COM

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:

Yocon 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: