



Obra Social del Personal Administrativo y Técnico de la Construcción y Afines
Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón Social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro: _____ Póliza N°: _____

Periodo: Desde _____ Hasta _____

Beneficiario: _____

DNI: _____

DIAGRAMA DE TRASLADO

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. Por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					
4					
5					

Cronograma de traslado: Marcar con una cruz los días de traslado

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						
5						

Total de KM. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI – NO

Valor del KM.: _____

Monto mensual: _____

Firma y aclaración del transportista

Firma y aclaración de beneficiario o titular