

**PRESUPUESTO TRANSPORTE CON DEPENDENCIA 2026 (Escuelas - CET - CD)**

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE A: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE PRESTACIÓN: DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 2026

Dirección de Origen:

Dirección de Destino:

Cantidad de KM por viaje:

Cantidad de KM por día:

Valor del KM con  
DEPENDENCIA:

Valor por viaje:

Valor por día (ida y vuelta):

**Recordar: no hay una cantidad FIJA de días por mes. Se deberá facturar por cantidad de días hábiles del mes.**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<b>De.....hs.</b>					
<b>A.....hs.</b>					

Firma y Aclaración del  
Responsable del Servicio

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 / 1090