

## PRESUPUESTO TRANSPORTE 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:

Valor por viaje:

Valor por día (ida y vuelta):

**Recordar:** no hay una **cantidad FIJA** de **días por mes**. Se deberá facturar **por día de traslado efectivamente realizado**.

	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