



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Sr. Profesional, por favor completar este formulario en letra imprenta, mayúscula legible.

Muchas gracias por su colaboración.

OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA EN EL R.N.O.S. BAJO Nº 1 - 1070 - 1

DATOS IDENTIFICATORIOS

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF CUIL Edad

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido o Razón Social Teléfono (con cód.de área)

Dirección de correo electrónico CUIT

Compañía de seguros N° de póliza Vencimiento N°prest.OSFATLYF

Situación ante el I.V.A: Monotributista Resp.Inscripto Otro:

PRESUPUESTO

Período de solicitud: Desde (mes y año): Hasta (mes y año):

Prestación a brindar: TRANSPORTE Valor del kilómetro (*): \$

(*) Valor sujeto a modificación por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

Suma 20% por zona (Zona patagónica) Si No Requiere dependencia 35% Si No

¡Importante! Si requiere dependencia, describir los apoyos específicos que se brindan en la atención

DIAGRAMA DE TRASLADOS ()**

Domicilio de partida	Domicilio de destino	Prestación de destino	Kilómetros totales por traslado ida y vuelta

CRONOGRAMA DE TRASLADOS ()**

Prestación de destino	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

(**) De ser necesario anexar diagrama/cronograma en hoja adjunta. SUMAR IMPRESIÓN DE RECORRIDO DE GOOGLE MAPS CON AMBAS DIRECCIONES Y COMPROBACIÓN DEL KILOMETRAJE.

Al firmar, tomo conocimiento de que la facturación es a mes prestacional vencido, y debe ser enviada al sector Integración antes del 15 (o día hábil anterior) del mes siguiente al facturado, según normativa de facturación vigente. El plazo máximo y excluyente para su presentación es de 60 días desde que se brinda la prestación. Luego de ese período no se recibirán las facturas.

Fecha (anterior al inicio del periodo)

Firma y aclaración del transportista