



## O.S.P.E.P

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERÍAS  
RNOS 1-1390-8

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

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

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. **Prestación:** \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: .....

**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

<p><b><u>CONFORMIDAD TRANSPORTE</u></b></p> <p>Fecha: ____/____/____</p> <p>Apellido y nombre del beneficiario: Número de Afiliado/DNI:</p> <p>Yo .....con Documento Tipo (.....) N° ..... ..... doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde ..... ..... hasta.....</p> <p>Firma: ..... Aclaración: .....</p> <p><b><u>SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:</u></b></p> <p>Por la presente, deajo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....</p> <p>Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados. Firma: ..... Aclaración: ..... Documento: .....</p>
--