



O.S.P.I.M.

Planilla de Asistencia Traslados

Razón Social del Transporte

Correo Electrónico y teléfono del Prestador.....

Dejo constancia que el Beneficiario.....

Con domicilio en.....

Fue trasladado durante el mes de..... De 2019.

Hacia la prestación de.....

Con domicilio en.....

Km. Diarios: Km. Mensuales..... Dependencia: SI - NO

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular y/o Responsable
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Firma y Sello del Prestador:

Firma del Beneficiario y/o Responsable:

Aclaración:..... DNI:.....