

ANEXO 14 - CONFORMIDAD DE TRASLADOS

(Adjuntar en forma mensual y obligatoria a la factura)

Empresa / Transportista:

Beneficiario:

Traslados realizados en el periodo De 2024

- **SOLO SE RECONOCERÁN VIAJES SOBRE CUATRO SEMANAS AL MES**
- **LOS VIAJES REALIZADOS EN LOS MESES DE CINCO SEMANAS NO SERÁN RECONOCIDOS.**
- **LOS VIAJES REALIZADOS EN DÍAS FERIADOS NO SERÁN RECONOCIDOS**

DESTINO 1 - Prestación a la que asiste:

Cantidad de viajes realizados:

.....
Firma del familiar responsable

.....
Aclaración y parentesco

DESTINO 2 - Prestación a la que asiste:

Cantidad de viajes realizados:

.....
Firma del familiar responsable

.....
Aclaración y parentesco

TOTAL MENSUAL EN KILÓMETROS DE TODOS LOS DESTINOS:

.....
Firma y Sello de la Empresa

.....
Aclaración del Transportista