



PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de emisión:/...../.....

Razón social del prestador:

.....
.....

CUIT:

Correo electrónico de contacto: Teléfono:

.....

Compañía de seguros: Póliza N°:

.....

Beneficiario:

.....DNI

.....

Período: desde:..... hasta:

.....

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Marcar con una X los días de traslado

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total de Km mensuales:

Adicional dependencia 35% (sujeto a evaluación) : SI /NO

Apoyos específicos que se brindarán:

.....

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y aclaración del prestador: