

PRESUPUESTO TRANSPORTE 2026

Fecha de Emisión:

Razón social del **PRESTADOR**:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

---

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

DNI del Beneficiario:

Teléfono:

Período desde:                      hasta:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del Km:

**Diagrama de traslado:**

<b>Viaje</b>	<b>Domicilio de partida</b>	<b>Domicilio de destino</b>	<b>Km. Diario por viaje (ida y vuelta)</b>	<b>Km. Mensual por viaje (ida y vuelta)</b>	<b>Importe diario</b>	<b>Importe mensual</b>
1						
2						
3						
4						
5						

**Km Totales:**

**Importe Total:**

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

<b>Viaje</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
1						
2						
3						
4						
5						

Firma y Aclaración del Transportista